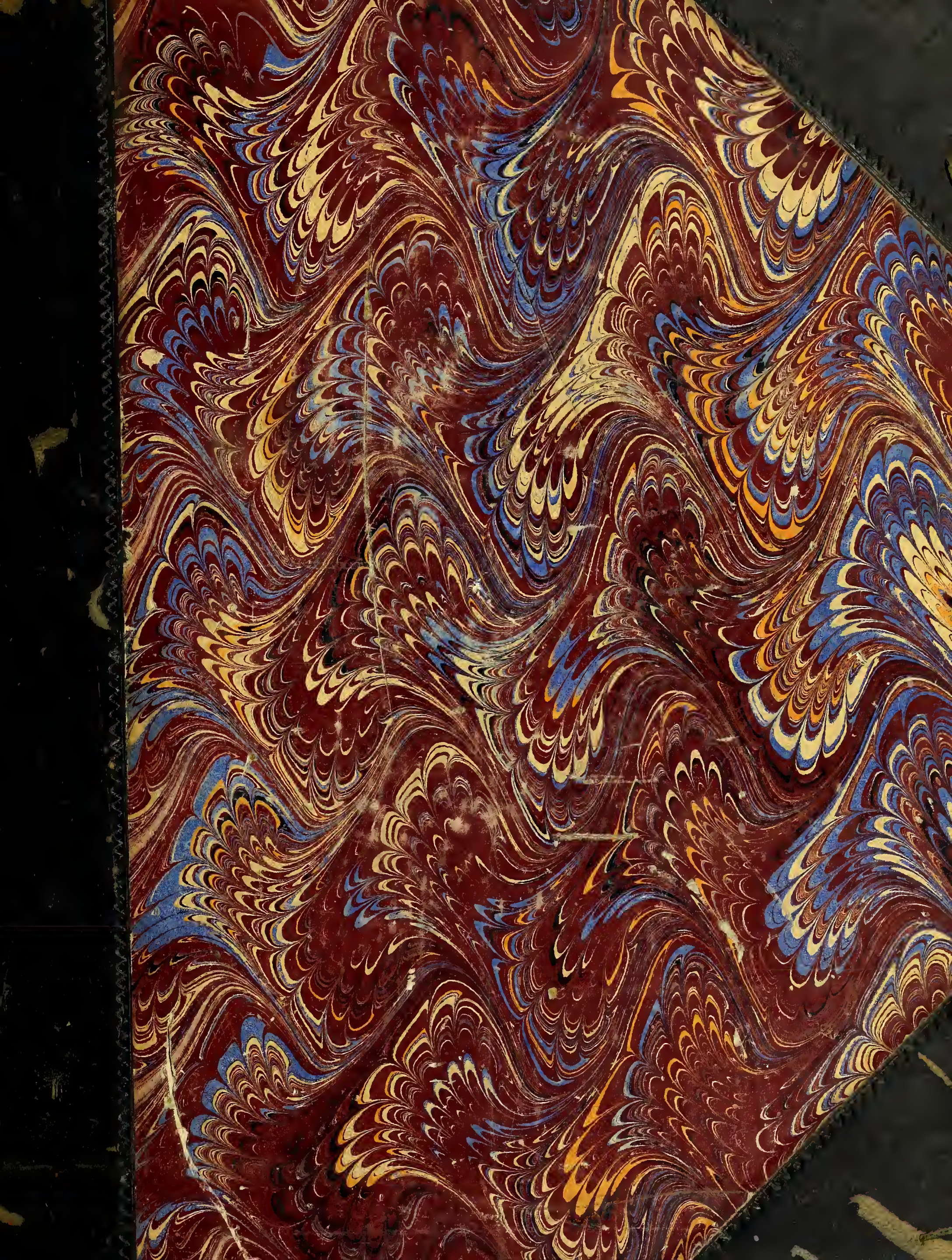




# ANNOTAZIONI PRATICHE

SULLE

# MALATTIE DEGLI OCCHI.

# ANNOTAZIONI PRATICHE

SULLE

# MALATTIE DEGLI OCCHI

RACCOLTE ED ORDINATE

DA

GIOVAMBATISTA QUADRI

NELLA REALE SCUOLA CLINICA

DI NAPOLI.

---

## *LIBRO SECONDO.*

*IN CUI SI DA' CONTO DE' LAVORI DI CLINICA DELL'ANNO SCOLASTICO 1817; E SI ESPONE UN TRATTATO SULLA* COROTECNIA*, CHE È L'ARTE DI RIAPRIRE LE PUPILLE.*

---

IN NAPOLI,

NELLA STAMPERIA FRANCESE

MDCCCXXIV.

# PROSPETTO

*In cui si dà conto de' lavori di Clinica dal giorno 5 novembre 1816 fino al dì 4 novembre 1817.*

## ANNOTAZIONE I.

*Intorno alle lezioni spiegate nel corso dell' anno scolastico.*

## PARTE TEORETICA.

### TRATTATO PRIMO

*Storia dell' arte.*

LEZIONE I. Per qual ragione i giovani studiosi abbiano finora coltivata superficialmente l' oftalmiatria, e quali motivi possano di presente incitargli a maggiore diligenza.

LEZIONE II. Si dimostra l'estensione delle dottrine, e delle pratiche, le quali oggi vengono applicate all'esercizio di quest'arte, e si espone il piano delle lezioni che si daranno in quest' anno.

LEZIONE III. Origine dell'arte in tempi antichissimi, e suo esercizio fino a' tempi d' Ippocrate.

LEZIONE IV. Cultura dell' arte presso i Greci nel secolo d' oro.

LEZIONE V. Stato dell' arte presso i Romani nel secolo di Augusto.

LEZIONE VI. Decadimento dell' oftalmiatria alla caduta dell' Impero Romano; e suo risorgimento in Alessandria, e presso gli Arabi

dovuto alla protezione, che i Califi accordarono agli studj della medicina.

Lezione VII. Esame dell' arte presso gli Arabi nella Spagna, e subito dopo in Europa circa l'epoca della mezza età.

Lezione VIII. Progressi dell' arte in Europa a' nostri giorni, e singolarmente dopo il 1800.

## TRATTATO II.

*Anatomia, Fisiologia, e patologiche riflessioni sull'organo della vista, e sue parti accessorie.*

Lezione IX. Posizione che occupa l'organo della vista, e sue parti accessorie.

Lezione X. Esame della parte inferiore dell' orbita, e del sacco lagrimale relativamente alle ossa, con riflessioni che riguardano lo stato patologico di dette parti.

Lezione XI. Della cellulare, che circonda il globo dell' occhio: sua quantità nello stato sano e morboso.

Lezione XII. Forma delle palpebre, ciglia, e sopraciglia.

Lezione XIII. Del rivo, del lago, e della caruncula lagrimale in istato sano, e nello stato irregolare.

Lezione XIV. Organi che separano l' umor lagrimale, ed analisi di questo umore.

Lezione XV. Struttura del sacco lagrimale, e canal nasale.

Lezione XVI. Teoria di Darwin sull' origine del pianto, e sua confutazione.

Lezione XVII. Nuova spiegazione di questo fenomeno, che può sostituirsi a quella del filosofo inglese.

Lezione XVIII. Anatomia della congiuntiva del globo dell'occhio, e suoi notabili cangiamenti nello stato morboso.

Lezione XIX. Della sclerotica; sua storia anatomica e patologica.

Lezione XX. Della cornea trasparente considerata ne' suoi rapporti colla sclerotica, ed esaminata in differenti età e nello stato morboso per determinare l' idea della sua struttura.

## TRATTATO III.

*Fisica dell' occhio umano, ossia esame de' fenomeni ottici.*

# PARTE PRATICA.

## TRATTATO I.

*Alterazioni morbose delle palpebre e delle loro parti accessorie.*

## TRATTATO II.

*Infermità degli organi lagrimali.*



## TRATTATO III.

*Oftalmie e loro effetti, principalmente sulla congiuntiva dell' occhio.*

## TRATTATO IV.

*Formazione della pupilla artificiale, ed esame de' casi in cui è opportuna.*

minato *iridotomia* (1), la quale venne praticata da Cheselden e da' suoi seguaci.

LEZIONE LXXXIV. Modificazione di questo metodo introdotta da Maunoir.

LEZIONE LXXXV. Difetti di questo metodo, che si possono dimostrare dannosi in pratica.

LEZIONE LXXXVI. Notizie sul metodo di staccare l'iride dal suo margine, nominato *dialisi dell' iride.*

LEZIONE LXXXVII. Casi ne' quali potrebbe riuscire utile, e difetti che si notano per la maggior parte de' casi, ove si volesse adoprarlo in tutte le occasioni.

LEZIONE LXXXVIII. Storia del metodo di asportare una parte dell' iride nominato *ectomia dell'iride.*

LEZIONE LXXXIX. Risoluzione di tre problemi che servono a determinare con precisione le regole da tenersi nella pratica della *ectomia dell'iride.*

LEZIONE XC. Altre regole da tenersi nella esecuzione del suddetto metodo in casi difficili.

LEZIONE XCI. Paragone di questo metodo cogli altri due, e ragioni per cui sia stato da noi preferito.

## TRATTATO V.

LEZIONE XCII. Notizie circa la recisione dello stafiloma.

LEZIONE XCIII. Per quali condizioni favorevoli, e per quale mezzo ci sia riuscito il taglio dello stafiloma in persone, che subito dopo l'operazione continuarono a camminare, ed a lavorare in città senza veruno inconveniente.

LEZIONE XCIV. Sull' uso degli occhi artificiali, e vantaggi portati a certe persone con siffatto mezzo.

---

(1) Questo metodo di operare venne chiamato dai nostri maestri *corotomia* dalle parole *core* pupilla, e *tomia* taglio, ma come spiegheremo a tempo opportuno, si deve nominarlo *irido-tomia*, perchè si taglia l'iride. Il lettore è avvertito da ora innanzi, che per evitare l'uso di parole troppo complicate, diremo *ectomia dell'iride*, e *dialisi dell'iride* allorchè vorremo significare l'asportazione o il distacco dell'iride, avendo posto in disuso le voci *corodialisi*, e *coronectomia* per ragioni che spiegherò meglio altrove.

*

## TRATTATO VI.

*Cateratta ed altre infermità degli umori componenti l' occhio.*



## TRATTATO VII.

*Alterazioni morbose de' nervi, i quali appartengono all' occhio.*

# ANNOTAZIONE II.

*Degli studiosi dedicati all' oftalmiatria.*

| NOMI. | COGNOMI. | PATRIA. |
|---|---|---|
| Ferdinando ..... | Volante......... | *Atina.* |
| Emmanuele ..... | De Girolamo..... | *Oria.* |
| Filippo......... | Pagano ......... | *Atina.* |
| Marco.......... | Costacotta....... | *Panicocoli.* |
| Giuseppe ....... | Pettinato........ | *Palermo.* |
| Salvatore........ | Macaluso........ | *Idem.* |
| Francesco....... | La Marca....... | *Idem.* |
| Vincenzo........ | Riciferi......... | *Siciliano.* |
| Ferdinando...... | Marra .......... | *Leccese.* |
| Cosimo ......... | Capsi........... | *Idem.* |
| Giorgio......... | Zimatore........ | *Pizzo.* |
| Giovanni........ | Jannelli ........ | *Buonabitacolo.* |
| Benedetto....... | Spazzuolo ....... | *Leccese.* |
| Luigi Cesarione.. | Marone......... | *S.Ang.° Limosano in M.* |
| Francesco....... | Campo.......... | *Ragusa di Sicilia.* |
| Giovanni........ | Costa........... | *Siciliano.* |
| Filippo Maria.... | Pardi........... | *Campobasso.* |
| Felice.......... | Costa........... | *Morigerati.* |
| Emmanuele ..... | Bonifacio........ | *Cattolica.* |
| Luca........... | Pignatari........ | *Monteleone.* |

| NOMI. | COGNOMI. | PATRIA. |
|---|---|---|
| Domenico........ | Della Corte..... | *Cava.* |
| Luca........... | Torre.......... | *Pagani.* |
| Prospero........ | Romano......... | *Vico Equenza.* |
| Nicola.......... | Montanaro....... | *Nola.* |
| Giovanni Maria.. | Natale.......... | |
| Francesco ....... | Gerardi......... | *Oppido.* |
| Decio........... | Longobardi...... | *Lettere.* |
| Vincenzo........ | Longhi......... | *S. Severo.* |
| Biagio.......... | Crescimone...... | *Sicilia.* |
| Giovanni........ | Tria ........... | *Putignano B.* |
| Vito Antonio.... | Denitti ......... | *Davoli.* |
| Matteo ......... | Marafioti........ | *S. Procopio.* |
| Francesco ....... | Trongavi........ | *Lauriani.* |
| Francesco ....... | Mautone........ | *Vallo.* |
| Alfonso......... | Nuzzomauro..... | *Arienzo.* |
| Francesco....... | Vecchi ......... | *Nusco.* |
| Pasquale........ | Paccino......... | *Sicilia.* |
| Vincenzo........ | Melito.......... | |
| Giovanni........ | Rossi........... | *Nola.* |
| Ignazio ......... | De Laurentiis.... | *Provincia di Avellino.* |
| Nicolò.......... | Conti........... | *Sicilia.* |
| Giuseppe........ | Costa........... | *Idem.* |
| Francesco ....... | De Tommasi..... | *Spineto.* |

Fra i 43 giovani studiosi registrati qui sopra si sono distinti in particolar maniera i signori de Tommasi, Costa, Crescimone, e Pettinato, i quali han frequentato con somma diligenza le pubbliche lezioni, ed hanno eseguito sul cadavere, ed ancora sul vivo qualche difficile operazione.

## ANNOTAZIONE III.

### *Intorno alle 107 operazioni chirurgiche praticate in detto anno alla clinica.*

§. 1. La tavola Prima che siegue è un sommario delle pratiche lezioni chirurgiche ostalmologiche. Furono queste al numero di 55, e vennero in esse fatte operazioni 107: talvolta ad un solo occhio, altre fiate ad ambedue, come trovasi registrato in essa tavola.

Lezioni pratiche 55: operazioni registrate 107 nella prima Tavola.

§. 2. Si troverà la data di ciaschedun giorno in cui vennero eseguite le operazioni, il che potrà servire a quelle persone, che si trovarono presenti onde rischiararne la memoria. Ho fatto anche registrare nome, cognome, età, e patria dell' infermo affinchè sia in potere di chiunque, accertarsi del successo, e per quei medici che abitano in provincia facilmente verran sott'occhio tali individui ritornati a casa dopo la cura, principalmente allorchè appartengano a qualche picciol villaggio.

Perchè vi sia la data e varie indicazioni; circa gl' individui curati.

§. 3. Fra i detti esercizj è degno d' osservazione quello del giorno 1. Marzo in cui venne applicato l' acido sulle palpebre di Onofrio Jorio per correggere la trichiasi cigliare. Si praticò l' estirpazione dello pterigio dagli occhi di Pietro Panno. Si eseguì l'estrazione della cateratta all' occhio sinistro di Domenico Morrone. Si dilatò la pupilla sinistra nell' occhio di Gennaro de Maso; la quale non era interamente chiusa, ed in quinto luogo si aprì nuova pupilla all' occhio sinistro dello Scalese. La varietà di questi casi poteva richiamare l' attenzione di ogni buon pratico, e coloro i quali hanno potuto tener dietro alle nostre osservazioni ne furono ben contenti, poichè nel termine di quindici giorni si trovarono ristabiliti quasi perfettamente tutti e cinque gl' indicati infermi.

Giorno 1 Marzo memorabile pel numero e varietà delle operazioni.

Accadde però un solo inconveniente nella persona di Domenico Morrone, perchè dopo essere egli pervenuto felicemente a discernere gli oggetti i più minuti, e ridotto quasi a perfetta guarigione, essendosi esposto all'aria, ed alla luce viva, per un mal' inteso ardire, venne improvvisamente colto da iritide, la quale finì lasciando uno strato di linfa agglutinato al luogo della pupilla, e nel giorno 31 Maggio togliendo via detta linfa, e dilatando felicemente la pupilla mi riuscì repristinare una seconda volta la facoltà di vedere nel medesimo occhio.

*Di 88 individui, solamente tre senza utilità.*

§. 4. La prima idea, che sogliono aver di mira i pratici, quando si dà conto di operazioni, è quella di ben conoscere il successo comparativamente al numero delle persone curate. Avrà dunque soddisfazione a tale indagine chiunque esaminerà con attenzione la tavola I.ª, poichè da quella si comprende, che le storie delle operazioni registrate ne' libri di clinica furono 107, ma gli individui furono 88, e di questi tre soli restarono senza utilità. Intendesi perchè gl'individui fossero così pochi, e le storie d'operazioni fossero molte, quando si consideri che Domenico Morrone, Raffaella de Rensis, Domenico Seafora, Gennaro Pica, Domenico Branchetti, Niccolò Lanti, Maria Teresa Aeampora, e Teresa Nappa sono otto individui, i quali vennero più d' una volta assoggettati all' operazione perchè la prima era unicamente preparatoria, oppure perchè la prima non ottenne il successo desiderato.

*Operaz.i moltiplicate in un solo occhio.*

§. 5. Altre fiate non bastando all' uopo due operazioni siamo stati obbligati praticare anche la terza, come si troverà notato per Andrea Rocciola, Francesco Benevento, e Vincenzo Portone, ognuno de' quali ebbe a soffrire tre operazioni, che portarono in fine il desiderato effetto, e trattandosi dello pterigio fu d'uopo anche ripetere l'operazione ben sei volte nella persona di Pietro Panno; su questi dati è facile intendere, che 31 operazioni vennero praticate per 12 individui.

*Condiz.i sfavorevoli per coloro, che senza utilità vennero sottoposti all'operazione.*

§. 6. I tre infermi, i quali inutilmente vennero sottoposti alle operazioni furono Gennaro Pica, Giovanni Giordano, e Vincenzo Mazzarelli, in ciascheduno de' quali soggetti trovavasi qualche indizio di complicazione; cioè Gennaro Pica aveva una cateratta

prodotta da un colpo ricevuto per una scheggia di bronzo sbalzata contro l' occhio, Giovanni Giordano aveva una cateratta secondaria cagionata da grave iritide, sviluppatasi circa sei mesi dopo ch'egli avea ricuperata la vista mediante l'estrazione della cateratta con esito felice, e finalmente il Mazzarelli presentava prima dell'operazione molti indizii di ambliopia amaurotica, la quale ben si riconobbe dopo avere perfettamente tolta la cateratta, ed in tutti i tre casi il pronostico era stato dubbio appunto in vista delle complicazioni indicate.

§. 7. Nel caso di Gennaro Pica ebbi a farmi un rimprovero, di aver voluto sperimentare la keratonisi, perchè forse l' estrazione per la cornea meglio sarebbe riuscita, ma questo metodo mi avea dato più fiate ottimi risultamenti, e meritava pure d' essere tentato in casi complicati; l'anno antecedente si era infatti ottenuto un felice successo con questo metodo nell' occhio destro di Frate Angelo da Muro, mentre all' altro occhio il metodo dell' estrazione avea mancato di successo, come si è già discorso. *Vedi Lib. I. Annot. VIII, Tavola XII.* Riflessioni intorno al caso di Gennaro Pica.

§. 8. È cosa degna da farsi notare in questo breve sommario, che ne' casi di Pupilla Artificiale, talvolta lo spazio sano della cornea era così angusto, che quantunque l'operazione fosse riuscita bene, pure il grado di vista restituito all' infermo era tenuissimo; ma di ciò si parlerà più diffusamente nel trattato della corotecnia. Casi difficili meno vantaggiosi all' infermo.

§. 9. Ecco dove i nostri giudizj potranno essere discordanti da quelli delle persone volgari, le quali di leggieri suppongono, che un oculista possa per mezzo dell'arte restituire l'uso di quegli organi, la cui tessitura si fosse mutata in gran parte, e trasformata in un'altra per l' azione e sviluppo di gravi malattie precedute. Discordanza dei nostri giudizj da quelli del volgo.

§. 10. Siccome il lettore avrà concepito, da quanto ho detto riguardo al caso di Domenico Morrone, ed a quello di Giovanni Giordano, che la durata del buon successo non sempre si mantiene per tutta la vita dell'uomo; e da quanto si è detto al §. 4. e 5., che per ridurre l' occhio a quello stato normale, che si desiderava fu indispensabile usare più d' una operazione, o perchè mancò di effetto la prima, ovvero perchè questa era unicamente preparatoria; ho formato la tavola II. co' nomi delle persone, che dovettero subire in questo medesimo anno più Indicazione di coloro, che dovettero subire più d' una operazione perchè la guarigione non ebbe lunga durata.

d' una operazione chirurgica per essersi ritrovate in una delle accennate condizioni.

Furono 13 ed uno solo senza utilità.

§. 11. Furono esse al numero di 13, ed il solo Gennaro Pica uscì di clinica senza utilità come se n' è già dato contezza più sopra, ma tutti gli altri ebbero molto vantaggio come la tavola II.ª indica.

Nove individui aveano soggiaciuto a qualche operazione un' anno prima, ed un solo senza utilità.

§. 12. La tavola III. che trovasi dopo è disposta onde far conoscere, che oltre gl'individui portati nella II.ª ve ne furono altri nove, i quali erano stati sottoposti alle operazioni nell' anno prossimo passato in clinica, ovvero anche al deposito generale degli oftalmici militari, e vennero in quest' anno a subire nuove operazioni, e di questi solamente uno; cioè il Giordano di cui si è parlato restò senza utilità.

Trichiasi spesso replicata.

§. 13. Queste due tavole danno a conoscere, che l' operazione, la quale più sovvente venne replicata fù quella della trichiasi cigliare, e quella ancora dello pterigio, mentre al contrario rarissime volte fu d' uopo replicare l' operazione della cateratta, quando era stato impiegato il metodo dell' estrazione. E di questo avvenimento è oltremodo facile intenderne le cagioni poichè la trichiasi nelle persone di età avanzata può rinnovarsi coll' avanzare dell' età, allorquando la cute o sulla fronte, o sulle palpebre si aggrinzisce col tempo, e dà nuovamente urto ai peli; locchè rinnova quel difetto, ch' erasi tolto mediante la prima operazione.

Pterigio facile a riprodursi.

§. 14. Quanto allo pterigio questo sebbene sia facile a togliersi pure ha una tendenza a riprodursi, e ciò trae origine da due cagioni. Primo perchè riesce difficile estirparlo interamente, ed in secondo luogo perchè rimanendo nell' occhio qualche residuo della oftalmia, che lo ha prodotto, questa viene rinnovata dalla causa traumatica diretta a distruggerlo la quale mette in azione i vasi della congiuntiva. Gioverà dunque tirare da ciò una conseguenza, ed è quella, che lo pterigio devesi estirpare cessata interamente l' oftalmia, e devesi usare cautela per non irritare l' occhio nell'atto dell' operazione, locchè si ha tagliando le parti con ordigni bene affilati, e con prontezza.

Replica occorsa per l' operazione della pupilla artificiale.

§. 15. Circa l' operazione della pupilla artificiale si troveranno indicati taluni, che l' hanno sostenuta per due, ed anche tre fiate; ma ciò non mai avvenne, perchè si fosse chiusa la prima

pupilla dopo alcun tempo, fuorchè nel caso di Francesco Benevento nel quale concorrevano estraordinarie condizioni, e venne eseguita la seconda operazione per dilatare la prima pupilla ch' era riuscita troppo piccola, e la terza per togliere una specie di cateratta spuria di natura ben singolare come esporremo nella storia di questo caso, e si notò, che ciascheduna operazione gli riuscì di qualche utilità, ma principalmente l' ultima.

Casi di operazione ripetuta per indagare uno spazio di cornea più favorevole.

§. 16. Altri due, cioè Girolamo Rotondo, ed Antonio Mascetera vennero dal Deposito Generale militare. Negli occhi di questi infermi era stata da me medesimo aperta la nuova pupilla un' anno prima in quell'ospizio, eppur vollero sottoporsi a novello sperimento, che venne eseguito non già perchè si fossero chiuse, ma perchè si volle tentare l' operazione rimpetto ad altro luogo della cornea, ove sembrava esservi maggiore diafaneità; e questi tentativi furono coronati da felice successo; come spiegheremo adequatamente nel trattato della Corotecnia.

Oftalmici clinici passati fra gli ambulanti.

§. 17. È da sapersi inoltre, che fra questi 85 individui ve ne furono taluni, i quali non poterono acquistare per via dell' operazione quel grado di vista, che dopo si poteva sperare mediante il soccorso di locali medicine. Questi dopo essere stati curati, come oftalmici clinici vennero dunque passati fra gli ambulanti, ed i loro nomi sono contenuti nella tavola IV. che indica più cose notabili sul loro conto. Furono questi al numero di 39, de' quali ognuno ritrasse molta utilità, ed in particolare coloro, che aveano la pupilla artificiale.

Oftalmici ambulanti ridotti a poter sostenere l' operazione.

§. 18. Altre persone al numero di 18 eransi presentate cogli occhi tanto alterati, che non potevasi allora eseguire l'operazione del taglio, ma dopo essere stati curati cogli ambulanti, dissipato ogni residuo dell'oftalmia, ovvero rischiaratesi le cornee, giunsero a tale stato, che si potè felicemente eseguire l' operazione come spiega la tavola V.

Individui 28, che non fecero uso di medicine.

§. 19. Finalmente si contarono 28 individui, i quali non ebbero bisogno d' altro soccorso, che dell' operazione, nè fecero il menomo uso di medicine. Questa classe d' infermi comprende in primo luogo coloro che aveano la cateratta, poichè basta rimuoverla senza distruggere nè l' occhio, nè la pupilla, e l' uomo d' ordinario guarisce senza verun altro soccorso. *Vedi Tavola VI.*

29 occhi sottoposti all'operazione per curare la cateratta.

§. 20. Se quì vogliasi aver contezza di ciò, che riguarda la cateratta in particolare, si potrà dalla Tavola I.ª raccogliere, che gli occhi sottoposti all'operazione per curarla furono al numero di 29, de' quali occhi quattro vennero attaccati da grave iritide terminata con sinizesi.

Le operazioni vennero istituite sopra 18 infermi de' quali un solo ebbe successo infelice.

§. 21. Si noterà inoltre, che undici infermi aveano ambedue gli occhi viziati da cateratta, e sette aveano un solo occhio affetto da questo morbo, quindi i primi subirono l'operazione ad ambedue gli occhi, i secondi ad un solo, e perciò gl'infermi curati furono al numero di 18 de' quali un solo per nome Gennaro Pica, il quale sostenne l'operazione all'occhio sinistro, sperimentò l'esito infelice essendosi chiusa la pupilla per causa d'iritide grave, ed essendo anche stata praticata senza frutto l'ectomia nel di lui occhio, la quale anzi venne seguitata da riproduzione dell'iritide così grave, che ad onta delle nostre cure produsse l'atrofia.

Fra 17 che ricuperarono la vista due furono minacciati da cecità per causa di sinizesi ed uno acquistò poco per difetto de' nervi.

§. 22. Fra gli altri 17 individui se ne contano due, i quali sembravano minacciati da cecità nel corso delle nostre cure e furono Domenico Morrone, e Maria Teresa Acampora; ma per mezzo della ectomia ricuperarono ambedue un soddisfacente grado di vista ad un' occhio. Finalmente ricordo quì l'altro incidente osservatosi nella persona di Vincenzo Mazzarelli, che rese quasi nullo l'effetto dell'operazione, l'occhio destro di questo infermo essendo attaccato da ambliopia amaurotica non ricuperò, quasi nulla della facoltà di vedere, quantunque l'operazione riuscisse felicemente a sgombrare la pupilla da opacità. Il difetto de' nervi era stato da me sospettato prima dell'operazione, ma io mi lusingava, che fosse meno grave.

In 17 occhi venne sperimentato il metodo della keraton.ª restandone due attaccati da atrofia, e gli altri 12 occhi furono sogettati alla estrazione.

§. 23. Ora non perderò di mira l'oggetto principale de' nostri sperimenti quello; cioè di mettere a confronto i metodi, onde giudicare della loro utilità dai risultamenti notati in questa scuola; e fu in quest'anno mio principale scopo riguardo a' metodi di curare le cateratte, il mettere a confronto la Keratonisi, e la estrazione anteriore; ed ecco ciò, che riguarda i successi ottenuti. Dalla tavola sudetta si conoscerà che in 17 occhi venne sperimentata la Keratonisi, in dodici l'estrazione anteriore e de' primi 17, due restarono atrofici per causa di grave iritide ribelle ad ogni nostra

cura, ed un terzo dopo grave iritide, che indusse la sinizesi si ricuperò mediante l'ectomia dell'iride, per lo contrario degli altri 12 neppur uno ebbe a soffrire sì grave malore.

§. 24. Che se vogliasi meglio conoscere la qualità, e l'origine delle infiammazioni gravi aggiungerò al fin qui detto, che il Morrone avea già ricuperata la vista, ed era in piena convalescenza quando per sue sregolatezze venne preso da grave iritide; ma non così avvenne de' tre altri occhi, i quali soffrirono l'iritide immediatamente dopo subita l'operazione, e fu sì grave in due casi, che l'occhio di Gennaro Pica non potè sostenere l'ectomia senza rimaner distrutto, ed un'occhio della Acampora divenne atrofico in pochi giorni; talchè si conferma, che la keratonisi venne seguita da gravi infiammazioni tre volte fra i 17 casi, e l'estrazione una volta fra 12 casi, e due occhi ebbero successo infelice fra i 17 sottoposti alla keratonisi, nessuno poi fra i dodici casi di estrazione anteriore; mentre il caso del Mazzarelli in cui si trovò l'ambliopia deve riporsi tra i felici, quanto alla riuscita dell' operazione essendo stato anche in questo caso sgombrato l'occhio dalla cateratta senza eccitarvi iritide.

In quattro casi si notò grave iritide, ma due volte la sinizesi venne tolta col mezzo della ectomia.

§. 25. Crescono vieppiù le pruove a disfavore della depressione, quando si consideri, che in altri tre casi di keratonisi si trovò la pupilla in parte offuscata da residui di cassula, e fu in un occhio di Carmina Gragnano, in uno di Giovanni Boriello, ed in uno di Cono Spinelli, nel quale anzi le porzioni di cassula ritornate al luogo della pupilla alcun tempo dopo l'operazione furono così estese, che in termine di poche settimane la pupilla ne restò interamente offuscata.

Se poi si riguarda l'alterazione della pupilla si trovò questa alquanto offuscata in tre casi di depressione.

§. 26. Questi risultamenti provano dunque assai chiaramente a favore della estrazione anteriore praticata con tutte quelle diligenze, che esporrò nel terzo libro di annotazioni, e dopo aver bilanciato, e ponderato per molti anni sul valore de' due metodi principali, mi sento giustamente inchinar l'animo a preferire la estrazione anteriore; ma questo punto di pratica tanto importante verrà discusso sopra basi più solide a tempo opportuno. Frattanto pubblico le sei tavole in cui si raccolgono le cose più notabili tratte dalle storie chirurgiche della nostra clinica di quest' anno.

I risultamenti di quest'anno sono sfavorevoli alla keratonisi.

**TAVOLA I.** *Estratta dal libro degli oftalmici clinici, ossia delle pe[r]*
*Le storie notate sono n.°*

| Gl' individui sottoposti ad operazione fur[ono] | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero degli esercizi. | Data. | Nomi e cognomi. | Eta' | Patria. | Temperamento. | Vei[…] c[…] discr[…] evide[…] |
| 1. | 2. Febbrajo. | Gius. Esposito. | 24 | Napoli. | eccitabile-stenic. | scrof |
| | | L. Durso. | 60 | *idem.* | *idem.* | |
| | | Franc. Commo. | 50 | *idem.* | astenico-linft. | |
| 2. | 5. | Pietro Panno. | 32 | Taranto. | eccit. sten. | sifilic |
| 3. | 24. | Ros. Restano. | 70 | Napoli. | *id.* ast. | scorb |
| 4. | 26. | Pietro Panno. | 32 | Taranto. | *id.* sten. | sif. |
| | | M. Teresa de Marco. | 55 | Napoli. | ast. linf. | |
| | | Vincenzo Castaldi. | 38 | *idem.* | robusto. | |
| 5. | 1. Marzo. | Andrea Jorio. | 55 | *idem.* | ast. linf. | sif. |
| | | Gennaro de Maso. | 25 | *idem.* | bilioso-sten. | *iden* |
| | | Domenico Morrone. | 60 | *idem.* | eccit. sten. | |
| | | Giuseppe Scalese. | 27 | Castellamare. | bili. sten. | sif. |
| | | Pietro Panno. | 32 | Taranto. | eccit. sten. | |
| 6. | 8. | Vincenzo Roman. | 34 | Varsavia. | *idem.* | sif. |
| | | Geremia Mazzocchi. | 50 | Muschiano. | *idem.* | *iden* |
| | | Domenico de Nuziis. | 40 | Vultorino. | *idem.* | |
| 7. | 12. | Pietro Panno. | 32 | Taranto. | *idem.* | sif. |
| | | Vincenzo Portone. | 28 | Napoli. | bilioso-sten. | *iden* |
| 8. | 14. | Gennaro Pontieri. | 32 | *idem.* | *id.* asten. | *iden* |
| | | Francesco Benevento. | 24 | S. Paolo di Nola. | eccit. sten. | *iden* |
| 9. | 18. | Domenico Cocozza. | 30 | Napoli. | *idem.* | *iden* |
| | | Raffaela de Rensis. | 40 | Folino in Avellino. | *idem.* | |
| | | Vincenzo Portone. | 28 | Napoli. | bil. sten. | sif. |
| 10. | 29. | Luigia Trocina. | 16 | *idem.* | eccit. sten. | |
| | | Salvatore Cassese. | 24 | Nola. | *idem.* | sif. |
| | | Pietro Panno. | 32 | Taranto. | *idem.* | *iden.* |
| 11. | 10. Aprile. | Domenico Scafora. | 34 | Napoli. | *idem.* | |
| 12. | 12. | Raffaela de Rensis. | 40 | Folino in Avellino. | *idem.* | |
| | | Gir. Rotondo. | 22 | Mola di Bari. | *idem.* | |
| 13. | 13. | Antonio Almeida. | 28 | Napoli. | *idem.* | sif. |
| | | Stefano Farina. | 36 | *idem* | *idem.* | *idem* |
| 14. | 15. | Lorenzo Vecchione. | 32 | Marzano. | *idem.* | *idem* |
| 15. | 16. Aprile. | Gennaro Pica. | 35 | Napoli. | *idem.* | |
| | | Antonio Parmisano. | 30 | *idem.* | ast. linf. | scorb |
| | | Pietro Panno. | 32 | Taranto. | eccit. sten. | sif. |

*poste a qualche operazione chirurgica dopo il 5 Novembre 1816.*
*cizj di pratica n.° LV.*

DE' QUALI 85 EBBERO NOTABILE UTILITA'.

| OPERAZIONE I. | OPERAZIONE II. | ESITO. |
|---|---|---|
| hiasi alle palpebre super. | | f. 2. (1). |
| *m.* a palp. sup. sin. | | f. 1. l'altro era sano. |
| *m.* inf. sin. | | f. 1. l'altro sano. |
| . a due occhi, e panno denso. | oper. per 6 volte. | B. 2. ved. 16. Aprile. |
| h. | *idem.* per 3 volte. | f. 2. |
| . | Pter. | B. 2. |
| r. per estraz. al destro. | keratonisi al sin. | f. 2. destro più. |
| *m.* keratonisi a dest. | | f. 2. il sinistro vede un pò meno. |
| h. palp. inf. d. s. | | f. 1. l'altro sano. |
| . a sin. per dilataz. | | f. 1. amaurosi al destro. |
| . al des. per estraz. | P.A. per second. cateratta. | f. 1. l'altro era con amaurosi. |
| . al sin. | | f. 1. l'altro era già distrutto. |
| . | | B. 1. l'altro già sanato. |
| . al sin. fav. destro piccolo. | | f. 2. più al sinistro. |
| *n.* in alto al dest. | | f. 1. sin. era distrutto. |
| . al destro per estraz. | | f. 1. sin. sano. |
| r. | Pter. recidivo. | B. 1. l'altro era sano. |
| lietti. | depilazione due volte. | f. 2. sperimento recisione di cong. |
| A. al sin. | | f. 1. destro era distrutto. |
| *em.* | P.A. per cateratta spuria. | Inutile ad 1. *idem.* |
| na palpebrale ed ingorg. | | f. 2. |
| rop. per fuoco, cic. | tagl. e cuc. | B. 1. l'altro era sano. |
| l. di congiuntiva. | depilaz. 2. volte. | f. 2. sperimento, recis. di cong. |
| raz. ant. a sin. | | f. 1. destr. era sano. |
| A. al sin. | | f. 1. dest. avea P. A. fatta da Castellacci. |
| r. a 2 occhi. | Pter. recid. | B. 1. l'altro bene. |
| irp. di tum. vast. orb. per cong. | seconda volta ferita all'esterno. | B. 1. sano il destro. |
| rop. a dest. | ectrop. | f. 1. l'altro era sano. |
| A. dest. | N.P.A. a dest. | f. 1. la prima f. il sin. era distrutt. |
| gliet. e depilaz. a 2 occhi. | | B. 2. sperimento. |
| *em.* | | B. 2. sperimento. |
| . per dilataz. a sin. | dest. con staf. tot. | f. 1. dest. incur. |
| ratonisi a sin. | P.A. e cat. secondaria. | Inutile 1. il destro era sano. |
| t. per estraz. al dest. | | f. 1. l'altro cateratta incip. |
| r. | Pter. | f. 1. l'altro era guarito. |

) F. significa Operazione felice, e le cifre 1 e 2 servono ad indicare se l'operazione sia riuscita ad un'occhio, o ad ambedue.

| NUMERO DEGLI ESERCIZI. | DATA. | NOMI E COGNOMI. | ETA' | PATRIA. | TEMPERAMENTO. | VEL o DISCR evide |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16. | 23. | DOMENICO BRANCHETTI. | 26 | S. Vincenzo. | Eccit.e sten. | sif. |
| 17. | 26. | CATTERINA SORRENTINO. | 36 | S. Gio: a Tetuccio. | *idem.* | |
| | | VINCENZO PALMA. | 60 | Napoli. | *idem.* | |
| | | FRANCESCO BENEVENTO. | 24 | S. Paolo. | *idem.* | sif. |
| 18. | 27. | GIO. BATISTA PERETTI. | 26 | Isola di Corsica. | *idem.* | |
| 19. | 28. | GIUSEPPE FIMIANI. | 59 | Napoli. | *idem.* | |
| | | MARIA DEL GIUDICE. | 54 | *idem.* | *idem.* | |
| 20. | 5. Maggio. | MARIA EUGENIA VARRIALE. | 30 | *idem.* | *idem.* | |
| | | ROS. PIZZOLO. | 17 | Cava. | *idem.* | |
| 21. | 7. | ANDREA ROCCIOLA. | 31 | Caserta. | *idem.* | sif. |
| 22. | 10. | CAR. GRAGNANO. | 60 | Nola. | *idem.* | |
| | | GIO. BORRIELLO. | 39 | Napoli. | *idem.* | |
| 23. | 12. | FORTUNATO LA ROCCA. | 52 | *idem.* | ast. linf. | |
| | | FRANCESCO BENEVENTO. | 24 | S. Paolo. | eccit. sten. | sif. |
| | | DOMENICO SCAFORA. | 34 | Napoli. | *idem.* | |
| | | GENNARO VARVARELLA. | 30 | Castellamare. | *idem.* | |
| 24. | 13. | DOMENICO BRANCHETTI. | 26 | S. Vincenzo. | *idem.* | s'f. |
| | | ALES. D'APUZZO. | 70 | Napoli. | *idem.* | |
| 25. | 14. | ANDREA ROCCIOLA. | 34 | Caserta. | *idem.* | sif. |
| | | ANTONIO LAZZARO. | 27 | Francavilla. | *idem.* | |
| 26. | 11. | VINCENZO DE VAJO. | 65 | Napoli. | *idem.* | |
| 27. | 22. | GIUSEPPE PINTO. | 4 | *idem.* | ast. linf. | scrof |
| 28. | 24. | ANDREA ROCCIOLA. | 34 | Caserta. | eccit. sten. | |
| | | GENNARO GAGLIARDI. | 20 | *idem.* | *idem.* | |
| 29. | 31. | GENNARO PICA. | 35 | Napoli. | *idem.* | |
| | | GIO. GIORDANO. | 68 | *idem.* | *idem.* | sif. |
| | | DOMENICO MORRONE. | 60 | *idem.* | *idem.* | |
| 30. | 1. Giugno. | ANDREA SANTORELLI. | 50 | Nola. | bil. sten. | sif. |
| 31. | 7. | ROSA STEFANILE. | 14 | Tufino. | eccit. sten. | scrof. |
| | | MAD. VICINO. | 55 | Napoli. | ast. linf. | |
| | | RAF. NOVIELLO. | 14 | *idem.* | *idem.* | scrof |
| | | PASQUALE NOVIELLO. | 11 | *idem.* | *idem.* | *iden* |
| 32. | 8. | PELLEG. FIORE. | 10 | *idem.* | *idem.* | *iden* |
| | | NICOLA LANTI. | 44 | Calvizzano. | nerv. ast. | sif. |
| 33. | 10. | ONOFRIO MASTRONARDI. | 25 | Castellana. | eccit. sten. | *iden* |
| | | SAVERIO PAONE. | 55 | Bari | *idem.* | |
| | | VINCENZO PALLOTTA. | 45 | Cigala. | ast. linf. | sif. |
| 34. | 16. | GIUSEPPE ALFIERI. | 65 | Napoli. | *idem.* | |
| 35. | 18. | ANTONIO. MASCETERA. | 32 | Calabria. | ast. bil. | sif. |
| 36. | 21. | CARLO DELLA SANTA. | 64 | Verona. | *idem.* | scorb |
| 37. | 28. | BARTOLOMEO EGIZIO. | 45 | Napoli. | *idem.* | |

| OPERAZIONE I. | OPERAZIONE II. | ESITO. |
|---|---|---|
| (1) a 2 occhi. | | f. 1. sperim. il taglio dell' ernia. |
| a 2 palp. sup. | | f. 2. |
| al dest. Estr. ant. al sin. | | I. 2. |
| | P.A. II., e Cat. spuria III. operaz. | Inut. 1. l'occh. dest. era distrutto. |
| al destro. | | f. 1. il sin. era distrutto. |
| al dest. | | f. 1. il sin. av a cateratta incip. |
| estraz. di cat. a sin. | | f. 1. f.sco il destro. |
| a dest. | | f. 1. il sin. con pic. staf. vede poco. |
| | | f. 1. il sin. ha picciolo leucoma. |
| no discende dalla pal.sup.destra | | b. 2. |
| nisi a destro. | | f. 1. con re id. di cassul. |
| | | b. 1. sin. vi è pter gio più al destro. |
| a palp. sup. | | f. 2. |
| e cat. spu. a sin. | II.ª aplocia corretta 3.ª op. estr. cat. | f. 1. il destro era distrutto. |
| o. aprile. | pu. cist. estirp. per ferita esterna. | f. 1. sano l'altro. |
| estirpato per ferita est. | | f. 1. l'altro era sano. |
| 5. aprile. | ernia dell'iride recisa a dì 23 mag. | f. 1. l'altro era sanato. |
| er estraz. 2 anni fa. | dialisi dell'iride al dest. | f. 1. l'altro era guarito. |
| . maggio. | P. A. al destro | f. 1. l'alt. guarito dallo pterigio. |
| altra volta eseg. | trich. parz. e pter. a sin. | b. 1. il destro sano. |
| r estr. a sin. kerat. a dest. | | f. 2. |
| palp. | | *idem*. |
| | P. A. al sin. | f. 1. il destro era guarito. |
| al sin. | | f. 1. il destro era sano. |
| 6. aprile. | P. A. cat. second. al sin. | inu. 1. il dest. era sano. |
| b. I. Tav. XII. | P. A. cat. second. al dest. | inut. 1. il sin. era distrutto. |
| . marzo. | P. A. cat. second. al sin. | f. 1. il sin. aveva amaurosi. |
| b. I. T. IV. 8 Giugno. | trich. palp. infer. dest. | f. 1. il sin. era guarito. |
| a sin. | | f. 1. altro con tenue leucoma. |
| a med. par. delle palp. dest. | | f. 1. sano sin. |
| a palp. sup. | | f. 2. |
| a palp. destr. | | f. 1. l'altro era sano. |
| a dest. | | f. 1. il sin. era sano. |
| a 2. inf. palp. | | f. 2. |
| b. 1. T. XI. | pter. all'occh. dest. | f. 1. l'altro era distrutto. |
| di ectrop. con lippitud. | | b. 2. |
| di congiunt. a 2. occhi. | | b. 2. per cura consecut. oper. inutil. |
| si parz. alle palp. sin. | | f. 1. l'occhio destro è distrutto. |
| b. I. T. XI. | P. A. in alto al dest. | f. 1. il sin. era distrutto. |
| e estraz. di cat. al dest. | | f. 1. l'altro era distrutto. |
| | Pter. | f. 2. fu operato 3. volte |

(1) P. A. significa pupilla artificiale, e cat. cateratta, kerat. keratonixi, ec.

| NUMERO DEGLI ESERCIZI. | DATA. | NOMI E COGNOMI. | ETA' | PATRIA. | TEMPERAMENTO. | VI DI CV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 38. | 1. Luglio. | ANTONIO CARDILLO. | 63 | Napoli. | bil. sten. | sc |
| | | FERDINANDO MARCUCCI. | 32 | Lecce. | eccit. sten. | si |
| | | GIOVANNA TARDIVA. | 46 | *idem.* | bil. sten. | |
| 39. | 10. | NICOLA DISCOLO. | 32 | Napoli. | eccit. sten. | |
| 40. | 11. | ANTONIO TESTA. | 28 | *idem.* | ast. linf. | |
| 41. | 15. | TERESA RUCCIERI. | 35 | *idem.* | eccit. sten. | |
| 42. | 12. | VICENZO PORTONE. | 28 | *idem.* | *idem.* | |
| 43. | 15. | DOMENICO VALENTINI. | 58 | Arce. | bil. sten. | |
| | | CONO SPINELLI. | 66 | Napoli. | *id.* asten. | |
| 44. | 18. | LORENZO JAVARONE. | 52 | *idem.* | ast. linf. | si |
| 45. | 23. | TERESA NAPPA. | 70 | Nola. | *idem.* | |
| | | GENNARO GALLI. | 22 | Napoli. | bil. ast. | si |
| 46. | 2. Agosto. | NICOLA LANTI. | 44 | Calvizzaro. | nerv. ast. | |
| | | MARIA TERESA ACAMPORA. | 58 | Piano di Sorrento. | *idem.* | |
| 47. | 6. | TERESA NAPPA. | 70 | Nola. | ast. linf. | |
| | | GABRIELE LANCIA. | 22 | Terra di Lavoro. | eccit. sten. | si |
| | | NUNZIANTE CAFIERRI. | 32 | Sorrento. | nerv. ast. | s |
| 48. | 18. | FILIPPO CACCIUOTTO. | 22 | Napoli. | ast. linf. | |
| | | ARM. BITOZZI. | 35 | *idem.* | *idem.* | |
| 49. | 23. | MARIA TERESA ACAMPORA. | 58 | Sorrento. | nerv. ast. | |
| | | CATTERINA CAMBIASE. | 30 | Napoli. | ast. linf. | |
| | | ANTONIO ARENA. | 54 | *idem.* | *idem.* | s |
| 50. | 26. | GIO. BERTUCCI. | 36 | *idem.* | *idem.* | |
| 51. | 7. Settembre. | SERAFINA ARCANGELO. | 8 | *idem.* | eccit. sten. | |
| 52. | 14. | BART. MANCA. | 17 | *idem.* | *idem.* | s |
| 53. | 25. | RACH. DE MAJO. | 26 | *idem.* | *idem.* | |
| 54. | 3. Ottobre. | MARCO TEDESCHI. | 50 | *idem.* | *idem.* | |
| | 1. | VINCENZA FIORENTINO. | 70 | *idem.* | ast. linf. | |
| | 3. | ANDREA TURSO. | 61 | *idem.* | nerv. ast. | s |
| 55. | 15. | FEDELE BENEDOLCI. | 31 | *idem.* | *idem.* | |
| | | VINCENZO MAZZARELLI. | 30 | *idem.* | *idem.* | |

| PERAZIONE I. | OPERAZIONE II. | ESITO. |
|---|---|---|
| 'la palp. inf. sin. | | f. 1. il destro era sano. |
| dest. sperimento. | | b. 1. il sin. era sano, e l'uomo ha sempre lavorato. |
| a palp. inf. dest. | | f. 1. *idem.* |
| | | f. 2. |
| i. | | b. 1. |
| a 4. palp. | | f. 2. |
| . marzo. | P. A. al destro. | f. 1. il sin. vede benchè abbia delle cicatrici. |
| a 2. occhi. | | f. 2. |
| e per kerat. 2. | | f. 1. il sin. offuscato inut. 1. |
| . I. stor. XII. | Trich. a sup. des. | b. 1. il sin. era guarito. |
| ant. al sin. | v. 6. agosto. | f. 1. quantunque avea avuto l'acido al destro. |
| a 2. | | f. 2. |
| | | f. 2. |
| a 2. | v. 23. agosto. | inut. 2. grave iritide al destro. |
| . luglio. | Kerat. a dest. | f. 1. malgrado applic. dell' acido preced. |
| ad ambedue. | | f. 2. il sinistro avea ulcere al centro. |
| l destro e tr. ant. a sin. | | f. 2. principalmente al destro. |
| a dest. | | f. 1. |
| a 2. sup. palp. | | f. 2. |
| agosto. | Estraz. di cassula a sin. | f. 1. inut. al destro. |
| 2. | | f. 2. |
| a 2. palp. sup. | | f. 2. |
| a 2. sup. | | f. 2. |
| | | f. 2. |
| | | f. 1. |
| a 4. palp. | | b. 1. |
| a 2. | | f. 2. |
| a dest. col met. d' Ippocr. | | b. 1. |
| a 2. sup. | | f. 2. |
| a inf. dest. | Leucoma tot. a sin. | f. 1. Leucoma tot. a sin. |
| ant. a dest. | Amaurosi evidente al sin. | inut. 1. per ambliopia; Amaurosi al destro. |

*Fine della Tavola I.*

*

# TAVOLA II.

*Degl' individui stati sottoposti più d' una volta all' operazione chirurgica in questo medesimo anno clinico.*

| N.° | DATA. | NOME E COGNOME. | QUANTE VOLTE operato. | OPERAZIONI PRONOSTICATE. | EPOCA della 2. | EPOCA della 3. | QUALITA' delle varie OPERAZIONI. | ES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 24 Febbr. | Pietro Panno. | (1) 6 volte. | una sola. | 12 Marzo. | 31 Maggio. | Pterigio operaz. ripet. 6 volte. | F. |
| 2 | 1 Marzo. | Domenico Morrone. | 2 volte. | *id.* | 18 Marzo. | | I. Cateratta estr. e II. catt. secondaria, e pup. dilat. | F. |
| 3 | 12 *id.* | Vincenzo Portone. | 3 *id.* | per più volte. | 12 Aprile. | 12 Luglio. | Recisa congiuntiva, taglietti a palp. poi Pup. Art. | F |
| 4 | 18 *id.* | Raffaela de Rensis. | 2 id. una fuori. | *id.* | 26 *id.* | | Taglio ester. per ectropio poi taglio interno. | F. |
| 5 | 14 *id.* | Franc. Benevento. | 3 *id.* | una sola. | 12 Maggio. | 10 Maggio. | Pupil. picc. pup. 2. id. 3 catt. spuria. | F |
| 6 | 18 Aprile. | Domenico Scafora. | 2. *id.* | dubbia. | 31 *id.* | | I.° Cistico orbitale da cong. poi scop. dalla via della cute esterna. | F |
| 7 | 16 *id.* | Gennaro Pica. | *id.* | *id.* per sperimento | 10 *id.* | | Keratonisi I. II. cater. e P.A. | In |
| 8 | 23 *id.* | D. Branchetti. | *id.* | una sola. | 14 *id.* | | I. P. A. II. Ernia a sinist. | F |
| 9 | 7 Maggio. | A. Rocciola. | 3 *id.* | 3 volte. | 2 Agosto. | 24 Maggio. | Pterigj n.° 2. P. A. al destro. P. A. al sinistro. | F |
| 01 | 8 Giugno. | N. Lanti. | 2 *id* | 2 *id.* | | | I. Ectropio e P. A. a' 2 occhi. | F |
| 11 | 28 *id.* | B. Egizio. | 3 *id.* | 1 *id.* | | | Pterigj 3 volte. | F |
| 12 | 2 Agosto. | M. T. Acampora. | 2 *id.* | dubb. per sperim. | 20 Agosto. | | I. Keratonisi, II.ª cateratta secondaria, e dilatazione di pupilla ad un occhio solo. | F |
| 13 | 23 Luglio. | T. Nappa. | *id.* | 2 volte. | 2 *id.* | | I. Estraz. ant.a sin. Keratonisi a destro eseguite in 2 tempi per causa di un' applicazione di acido accidentale all' occhio destro. | F |

# TAVOLA III.

*individui che dopo essere stati curati per via delle operazioni chirurgiche han dovuto soggiacere a nuove operazioni in quest' anno.*

| DATA della prima OPERAZIONE. | NOMI E COGNOMI. | QUANTE VOLTE operato. | CAUSA del NUOVO BISOGNO. | EPOCA SECONDA. | EPOCA TERZA. | OPERAZIONE SUBITA. | ESITO. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1815. | G. Rotondo. | due volte. | Perchè il sito della I. pupilla era fosco. | 12 Aprile 1817. | » | P. A. per dilatare | felice. |
| 1 Maggio 1815. | A. d'Apuzzo. | *id.* | Chiusasi la pupilla per causa di ernia dell' iride. | 13 Maggio 1817. | » | P. A. ad un occhio. | buono. |
| » | A. Lazzaro. | *id.* | Trichiasi parziale venuta dopo operata la P. A. | 14 *id.* | » | Trichiasi parziale. | felice. |
| 1 Giugno 1816. | G. Giordano. | *id.* | Iritide per sua incuria. | » | » | P. A. ed estraz. | inutile. |
| *id.* *id.* | A. Santorelli. | *id.* | Trichiasi sopravvenuta per disposizione esistente. | 1 Giugno. | » | Trichiasi. | felice. |
| 7 Maggio *id.* | D. Mastronardi. | 4 volte. | Ectropio Pup. A. Pterigio, non compita estirpazione. | | 10 Giug. | P.A. cat. 2. pterigio. | felice. |
| 22 Marzo *id.* | A. Mascetera. | 2 volte. | Campo basso ristretto, si tenta in alto. | 18 *id.* | » | P. A. alta. | buono. |
| 4 Ottobre *id.* | G. Tardiva. | *id.* | Trichiasi per età e cute allungata. | 1 Luglio. | » | Trichiasi. | felice. |
| 9 Dicemb. 1815. | L. Javarone. | 3 volte. | *id.* | | 18 Lugl. | *id.* | buono. |

# TAVOLA IV.

*Oftalmici Ambulanti, i quali vennero curati con medicine topiche onde togliere qualche res di malattia, dopo che erano felicemente ristabiliti dalle operazioni sofferte.*

| Numero. | PRINCIPIO della CURA. | NOME E COGNOME. | TEMPERAMENTO. | CONTAGIO O DISCRASIA. | OPERAZIONE SUBITA PRIMA. | MALATTIA CURATA. | ESIT della CURA TOP. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 10 Febbr. | Giuseppe Esposito. | Ecc. sten. | Scrofol. | Trichiasi a 2. | Panno ed oftalmia. | Fel. a 2. |
| 2. | 10 Febbr. | L. Durso. | Asten. linf. | | Trichiasi a 1. | Oftalmia e panno. | Fel. 1. |
| 3. | 24 Febbr. | Pietro Panno. | Ecc. st. | Sifil. | Pterig. a 2. | Panno e fus. di linfa. | Fel. 2. |
| 4. | 25 Febbr. | Francesco Commo. | Ecc. st. | | Trichiasi a 1. | Oftalmia e panno | Fel. 1. |
| 5. | 9 Febbr. | Rosa Restano. | Ast. linf. | | Trichiasi a 2. | Panno e cic. | Fel. 2. |
| 6. | 2 Marzo. | Onofrio Jor o. | Ast. linf. | | Trichiasi a 1. | Oftalmia e panno. | Fel. 1. |
| 7. | 18 Marzo. | Domenico Cocozza. | Ecc. st. | Sifil. | Tigna a 2. | Tigna. | Fel. 1. |
| 8. | 2 Maggio. | Lorenzo Vecchione. | Ecc. st. | Sifil. | Pup. art. 1. | Leucoma ristrett. | Fel. 1. |
| 9. | 28 Aprile. | Catterina Sorrentino. | Ecc. st. | | Trichiasi a 2. | Panno ed oftalmia. | Fel. 2. |
| 10. | 14 Maggio. | Gio: Batista Peretti. | Ecc. st. | | Pup. art. a 1. | Leucoma. | B. 1. |
| 11. | 14 Maggio. | Francesco Larocca. | Asten. linf. | | Trichiasi a 1. | Oftalmia. | Fel. 1. |
| 12. | 23 Maggio. | G. Pinto. | Linf. asten. | Scrofol. | Tigna a 2. | Oftalmia ed ulceri. | Fel. 2. |
| 13. | 2 Giugno. | V. Pallotta. | Linf. asten. | Sifil. | Oftal. a ulc. e pan. | Tagli di cong. | Fel. 2. |
| 14. | 3 Giugno. | A. Santorelli. | B. asten. | Sifil. | Trichiasi. | Panno, ed oftalm. | Fel. 2. |
| 15. | 25 Giugno. | Rosa Stefanile. | Ecc. st. | Scrofol. | P. art. a 1. | Leucoma. | Fel. 1. |
| 15. | 9 Giugno. | Maddalena Vicino. | Ast. linf. | | Trichiasi a 1. | Panno ed oftalmia. | Fel. 1. |
| 17. | 9 Giugno. | R. Noviello. | Ast. linf. | Scrofol. | Tigna a 2. | Oftalmia ed ulcere. | Fel. 2. |
| 18. | 9 Giugno. | P. Noviello | Ast. linf. | Scrofol. | Tigna a 1. | Oftalmia. | Fel. 1. |
| 19. | 10 Giugno. | Pell. Fiore. | Ast. linf. | Scrofol. | Tigna a 1. | Oftalmia. | Fel. 1. |
| 20. | 14 Agosto. | Saverio Paone. | Ecc. st. | Sifil. | Lippit. ectrop. | Oftalmia e flus.palpo. | Fel. 2. |
| 21. | 18 Giugno. | Giuseppe Alfieri. | Ast. linf. | | Oftalmia, e panno. | Trich. a 1. | Fel. 1. |
| 22. | 5 Luglio. | Bartolomeo Egizio. | Ast. Bil. | Sifil. | Oftalmia, e panno. | Pterigio. | Fel. 1. |
| 23. | 12 Luglio. | Antonio Cardillo. | Ecc. sten. | Scorb. | Trichiasi a 1. | Oftalmia. | Fel. 1. |
| 24. | 30 Luglio. | Giovanna Tardiva, | B. sten. | | Tr. a p. inf. dest. | Oftalmia e panno. | Fel. 1. |

| PRINCIPIO della CURA. | NOME E COGNOME. | TEMPERAMENTO | CONTAGIO O DISGRAZIA. | OPERAZIONE SUBITA PRIMA. | CURA dopo L'OPERAZIONE. | ESITO dopo LA CURA. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 Luglio. | Antonio Testa. | Ast. linf. | | Trichiasi. | Oftalmia e panno. | B. 1. |
| 7 Luglio. | Teresa Rugieri. | Ecc. st. | | Trichiasi a 2. | Oftalmia. | Fel. 2. |
| 18 Luglio. | Lorenzo Javarone. | Ast. linf. | Sifil. | Trichiasi a 1. | Oftalmia. | Fel. 1. |
| 20 Agosto. | Filippo Cacciutto. | Ast. linf. | | Trichiasi a 2. | Oftalmia. | Fel. 2. |
| 20 Agosto. | Antonio Betozzi. | Ast. linf. | | Trichiasi a 2. | Oftalmia e panno. | Fel. 2. |
| 22 Agosto. | Catterina Cambiase. | Ast. linf. | | Tigna a 2. | Oftalmia. | Fel. 2. |
| 22 Agosto. | Antonio Arena. | Ast. linf. | | Trichiasi a 2. | Oftalmia ed ulceri. | Fel. 2. |
| 28 Agosto. | Giuseppe Bertuccci. | Ast. linf. | | Trichiasi a 2. | Oftalmia. | Fel. 2. |
| 9 Settemb. | S. Arangiolo. | Ecc. st. | | Tigna a 2. | Oftalmia. | Fel. 2. |
| 16 Settemb. | Bartolomeo Manca. | Ecc. st. | Scrof. | Tigna a 2. | Oftalmia. | Fel. 2. |
| 25 Settemb. | Raffaela de Majo. | Ecc. st. | | Trichiasi a 2. | Panno. | Fel. 2. |
| 3 Ottobre. | V. Fiorentino. | Linf. ast. | | Trichiasi a 1. | Oftalmia e panno. | B. 1. |
| 5 Ottobre. | A. Turso. | Nerv. ast. | Sifil. | Trichiasi a 2. | Oftalmia e panno. | Fel. 2. |
| 15 Ottobre. | F. Benedolci. | Nerv. ast. | | Pup. art. | Oftalmia e panno. | Fel. 1. |

*Fine della Tavola IV.*

# TAVOLA V.

*Oftalmici Ambulanti numero 17, i quali sono registrati fra gl' individui, che hanno operazioni cerusiche. Ma, chè vennero curati prima dell' operazione con topici medic a fine di ridurli a stato di poterli operare.*

| Numero. | DATA. | NOME e COGNOME. | Temperamento | CONTAGI o DISCRASIE. | MALATTIA curata PRIMA. | SUCCESSO della CURA. | QUALITA' dell' OPERAZIONE. | LE OPERAZIONI a cura INCOMPLETA. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 2 Feb. | G. Scalese. | Bil. st. | Sifil. | Oftalmobl. ulc. ed ectr. op. | Felice op. | P. Art. ad 1. | Le ulceri sanate ma l' estropio recente tagliato. |
| 2. | 4 Mar. | V. Portone. | Bil. st. | Sifil. | Oftalmobl. ipopio, panno ed ulceri. | Fel. op. | P. Art. | Sì incompleta. |
| 3. | 4 Gen. | V. Roman. | Ecc. st. | Sifil. | Panno e leucomi. | Fel. op. | P. Art. a 2. | Sì. |
| 4. | 4 Feb. | G. Mazzocchi. | Ecc. st. | Sifil. | Ipopio oftalmobl. e panno. | Fel. op. | P. Art. a 1. | Sì. |
| 5. | 26 Feb. | G. Pontieri. | B. ast. | Sifil. | Panno e leucoma. | Fel. op. | P. Art. a 1. | Sì. |
| 6. | 20 Gen. | F. Benevento. | Ecc. st. | Sifil. | Panno e leuc. | B. op. | P. Art. a 1. | Sì. |
| 7. | 22 Feb. | F. Cassese. | Ecc. st. | Sifil. | Oftamobl. panno e leuc. | Fel. op. | P. Art. a 2. | Sì. |
| 8. | 10 Mar. | A. Almeida. | Ecc. st. | Sifil. | Oftalmobl. e panno. | Cura. | Cura di pan. | Sì. |
| 9. | 16 Mar. | S. Farina. | Ecc. st. | Sifil. | *Idem.* | *Idem.* | *Idem.* | Sì. |
| 10. | 18 Mar. | D. Branchetti. | Ecc. st. | Sifil. | Panno e leucoma. | B. op. | P. Art. a 2. | Sì. |
| 11. | 10 Apr. | E. Varria'e. | Ecc. st. | | Panno e leucoma. | B. op. | P. Art. a 1. | Sì. |
| 12. | 20 Apr. | A. Rocciola. | Ecc. st. | Sifil. | Panno e pterig. | B. op. | Pter. e P. Art. | Sì. |
| 13. | 28 Apr. | G. Gagliardi. | Ecc. st. | Sifil. | Oftalm. ed ulceri e panno. | B. op. | P. Art. a 1. | Sì. |
| 14. | 8 Mag. | N. Lanti. | Nerv. ast. | Sifil. | Oftalm. ed ulceri e panno. | B. op. | Ectrop. e pup. Art. a 2. | Sì. |
| 15. | 10 Lug. | G. Galli. | B. ast. | Sifil. | Oftalmobl. ed ulceri. | Operaz. | P. Art. a 2. | Sì. |
| 16. | 7 Agos. | G. Lancia. | Ecc. st. | Sifil. | Oftalmia ed ulc. | B. op. ulc. | P. Art. | Sì. |
| 17. | 28 Sett. | M. Tedesco. | Ecc. st. | | Oftalmobl. | B. operaz. | Pterigio. | Sì. |

# TAVOLA VI.

*INFERMI curati con sole operazioni.*

| Numero. | DATA. | NOME E COGNOME. | ETA' | OPERAZIONE. | ESITO. | STATO dell' ALTRO OCCHIO. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 26 Febbr. | M. T. de Marco. | 55 | Cat. | F. 2. | » |
| 2 | 1 Marzo. | Gennaro de Maso. | 25 | Pup. A. | F. 1. | Altro amurosi. |
| 3 | *idem.* | Domenico Morrone. | 60 | Cat. | F. 1. 2. op. | Altro amurosi. |
| 4 | 18 *id.* | R. de Rensis. | 40 | Estr. | F. 1. 2. op. | Altro sano. |
| 5 | 8 *id.* | D. de Nuziis. | 40 | Cat. | F. 1. | Altro sano. |
| 6 | 29 *id.* | L. Trocina. | 16 | Cat. | F. 1. | Altro sano. |
| 7 | 12 Aprile. | G. Rotondo | 22 | Pup. Art. II. | F. 1. | Altro distrutto. |
| 8 | 18 *id.* | D. Scafora. | 34 | Tum. Cistic. | F. 1. | Altro sano. |
| 9 | 16 *id.* | G. Pica. | 35 | Cat. Traum. | Inutile 1. | Altro sano. |
| 10 | *idem.* | A. Parmisano. | 30 | Cat. Ker. | F. 1. | Altro sano. |
| 11 | 26 *id.* | V. Palma. | 60 | Cat. | F. 2. | » |
| 12 | 28 *id.* | G. Fimiani. | 59 | Ker. al dest. | F. 1. | Altro sano. |
| 13 | *idem.* | M. del Giudice. | 54 | Cat. | F. 1. inut. 1. | » |
| 14 | 10 Magg. | C. Gragnano. | 60 | Cat. Ker. | F. 1. | Altro sano. |
| 15 | *idem.* | G. Boriello. | 59 | Kerat. | F. 1. B. 1. | B. 1. |
| 16 | 12 *id.* | G. Varvarella. | 30 | Tum. Orbitale. | F. 1. | Altro sano. |
| 17 | 13 *id.* | A. d' Apuzzo. | 70 | Dialisi. | B. 1. | Altro ben guarito. |
| 18 | 14 *id.* | A. Lazzaro. | 27 | Parz. trich. | F. 1. | Altro distrutto. |
| 19 | 21 *id.* | V. de Vajo. | 65 | Cat. | F. 2. | » |
| 20 | 31 *id.* | G. Giordano. | 68 | Cat. e pup. | Inutile 1. | Altro distrutto. |
| 21 | 10 Giug.° | O. Mastronardi. | 25 | Pterig. | F. 1. | Altro distrutto. |
| 22 | 18 *id.* | A. Mascetera. | 32 | Pup. Art. alta. | F. 1. | Altro distrutto. |
| 23 | 21 *id.* | C. della Santa. | 64 | Pup. ed Estraz. | F. 1. | Altro distrutto. |
| 24 | 1 Luglio. | F. Marcucci. | 52 | Stafil. | F. 1. | Altro sano. |
| 25 | 10 *id.* | N. Discolo. | 32 | Pterig. | F. 1. | Altro sano. |
| 26 | 15 *id.* | D. M. Valentini. | 58 | Cat. | F. 2. | » |
| 27 | 15 *id.* | Cono Spinelli. | 66 | Cat. | F. 1. — 1. | » |
| 28 | 23 *id.* | T. Nappa. | 70 | Cat. | F. 2. | » |
| 29 | 2 Agosto. | M. T. Acampora. | 58 | Cat. | F. 1. — 1. | » |
| 30 | 6 *id.* | N. Cafierri. | 32 | Cat. | F. 1. — 1. | » |
| 31 | 15 Ottob. | V. Mazzarelli. | 50 | Cat. | Quasi inut. 1. | Altro con amurosi. |

## ANNOTAZIONE IV.

*Intorno a' 154 infermi curati per via di medicine locali, ossia degli oftalmici ambulanti.*

Esame del successo ottenuto dagli ambulanti.

§. 1. Gli oftalmici ambulanti in numero di 154 vennero a presentarsi con quell' ordine con cui trovansi registrati nella tavola VII, e di questi si contano 111 individui, i quali ottennero guarigione felice, cioè si viddero in breve termine ridotti a stato di sanità, o ricuperarono la vista secondo comportava lo stato loro. Inoltre ben 37 individui furono quelli che ottennero notabili vantaggi, quantunque non poterono ridursi gli occhi ad uno stato regolare, e per questi venne registrato *esito buono*; ovvero *ha migliorato*. Fra questi vanno compresi 19 individui; i quali hanno trascurato di farsi medicare per tutto il tempo, che sarebbe stato necessario, e molti altri, i quali si presentarono con difetti sì notabili, che non permettevano potersi sperare una perfetta guarigione; ma che ottennero ciò non ostante molto vantaggio, o perchè vennero a mitigarsi i loro incommodi, ovvero perchè si fece migliore la forza di vedere, ovvero perchè acquistarono della capacità a ricuperare la vista. Sei finalmente furono coloro che senza vantaggio hanno sperimentato le nostre cure.

Non un solo ebbe distruzione d' occhi nel tempo delle nostre cure.

§. 2. È cosa degna d' osservazione, che in così gran numero d' infermi non ve ne fosse un solo, il quale venisse a farsi curare avendo qualche grado di vista, e la perdesse nel tempo della cura, neppure ad un solo occhio, la qual cosa pur troppo addiviene talvolta senza errore di chi medica; perchè vi sono malattie, così violente anche negli occhi, le quali portano irreparabilmente la distruzione dell' organo, nè l' arte può tanto da impedirne sempre lo sviluppo ed i progressi.

Lo stesso venne osservato nell' anno antecedente.

§. 3. Stantechè si è notata la medesima cosa ( *Lib. I.* §. 9. ) nel corso del passato anno a riguardo degli 125 oftalmici ambulanti; ancorchè si sottraggano i 13 individui portati di nuovo fra i 154

di quest' anno il numero ascende in totalità a 266 individui dei quali neppure uno ha perduto un occhio in tempo che stavasi medicando.

§. 4. Merita attenzione questo numero di oftalmici principalmente se vogliasi porre a confronto colle osservazioni raccolte dal signor Del Vecchio chirurgo ajutante nel deposito degli oftalmici militari affidati alle nostre cure, il quale valente giovane venne da me particolarmente incaricato di compilare il giornale. Risulta dalle osservazioni in esso raccolte, che al numero di 1007 furono nello scorso anno gl' individui attaccati da oftalmie curati in quell'ospedale, de' quali tre hanno perduto ivi ambedue gli occhi irreparabilmeute, e due hanno perduto un occhio. Nel corrente anno 1817 si contano al numero di 776 gli oftalmici ivi curati, de'quali neppur uno ha perduto i due occhi in tempo delle cure, ma bensì tre perderono un occhio talchè nella totalità di 1783 individui contansi tre diventati ciechi, e cinque mancanti di un occhio.

Paragone coi successi ottenuti al deposito di militari oftalmici.

§. 5. Io non do conto in questo luogo di coloro che venuti con ulceri ebbero qualche parte della pupilla offuscata da cicatrici, nè posso annoverare fra quelli che perderono la vista altri 21 individui, i quali vennero a presentarsi in detto ospizio cogli occhi ormai distrutti, ovvero con amaurosi confirmata, perchè questi non perderono la vista nel tempo delle nostre cure, ma prima di presentarsi all' ospedale militare.

Non annovero in questo numero coloro, che si presentarono con distruzione di talune parti degli occhi.

§. 6. Sull' osservazione però di questo fatto, potrei dare appoggio ad una riflessione non inutile giacchè gl' indicati 21 individui i quali sono così diventati ciechi senza entrare nel Deposito generale degli oftalmici mi farebbero supporre, che nelle caserme 12481 uomini fossero stati infermi da oftalmie, onde averci presentato un numero così notabile di ciechi, locchè sappiamo non essere stato possibile stante i più precisi ordini in contrario, e stantechè i militari oftalmici domandavano di venire a farsi curare in Napoli al Deposito. Se dunque del picciol numero di militari, che non sono venuti a farsi curare nel Deposito si contano già 21 individui ciechi, e se degli 1783 se ne contano tre soltanto, i quali hanno perduto la vista ad ambedue gli occhi; egli parmi aritmeticamente dimostrato il vantaggio delle nostre

Quanti oftalmici potevano dare il risultamento di 21 individui ciechi.

cure posto al paragone colla negligenza di taluni, ovvero coi metodi tentati da molti abili chirurghi, ai quali ebbero ricorso la maggior parte di quegli oftalmici, che non vennero da noi al Deposito Generale.

Vantaggi osservati negli ambulanti senza uso di cure interne.

§. 7. Ben'altra considerazione sarebbe degna di ammirazione in questo luogo, ed è che gli effetti delle cure esercitate sugli ambulanti di clinica sieno stati così felici abbenchè non possiamo nè tenergli cautelati dalle intemperie delle stagioni, nè regolare la loro dieta, nè amministrar loro interne medicine, come si è potuto fare al Deposito generale dell'armata; ove gli oftalmici ricevono tutti questi soccorsi; e ciò darebbe a sospettare, che le interne cure non fossero di assoluta necessità per la guarigione di siffatte infermità. Ma devesi por mente alla gravezza delle oftalmie, che si sviluppano in persone giovani, ed in persone affette da contagio sifilitico, nonchè alle cagioni, che possono aumentare, e far riuscir gravi le oftalmie principalmente ne' militari, che sudano assai nelle ore calde, e poi si espongono all'aria umida nel corso della notte e nelle giornate piovose per effetto de' loro esercizj.

Le cure sono state tentate quando vi era probabilità di guarigione.

§. 8. È da sapersi che nel formare la tavola VII. si è notato unicamente ciò che poteva riguardare gli occhi suscettivi di cura, di modo, che se ad un occhio vi fosse stata amaurosi confirmata, atrofia, oppure totale stafiloma, si faceva cenno dello stato dell'occhio perduto, nè su quello tentavasi cura veruna stante, che il disordine era assolutamente irremediabile. Per lo stesso motivo se una porzione di cornea fosse stata già di tanto alterata, allorchè gl'infermi si presentavano alla cura, che non vi fosse speranza di perfetta guarigione, abbiamo registrato esito felice, ovvero buono subitochè si ottenne, che fosse stata dissipata l'oftalmia, riassorbita la linfa e rischiarata la cornea per quel tanto, che era possibile sperarlo; ancorchè non fosse ritornata diafana in tutte le sue parti.

Esito buono registrato quando anche la guarigione non fosse perfetta.

§. 9. In taluni casi si è notato esito buono quand'anche gl'infermi; avessero soltanto migliorato la loro condizione, quantunque non fossero pervenuti a perfetta guarigione, perchè non più vennero alla clinica o per negligenza, o perchè supponevano non

potere acquistare di più, o perchè aveano, siccome è detto di sopra, acquistato quel tanto che era possibile a sperarsi.

§. 10. Era necessario ch' io dessi al mio lettore tutte queste dichiarazioni, poichè ove si legga esito felice ovvero buono, in caso di ulceri o cicatrici vicine al centro della cornea, non stimasse alcuno, che l'arte abbia potuto pervenire a tanto di guarire le ulceri senza che rimanesse una cicatrice, e restituir si potesse alla cornea una regolare trasparenza in tutte le sue parti; che sebbene vediamo sovvente cicatrizzarsi le ulceri, e restringersi le cicatrici in guisa da farci notare essere stata ripristinata la visione in tutto, ovvero in gran parte, sempre le porzioni della cornea distrutte, ed i tessuti, che formano le cicatrici, danno luogo ad una irregolare opacità, la quale rimane indelebile tutta la vita nè possiamo dire, che l'arte sia per noi giunta a potere obliterare ogni vestigio delle ulceri, e delle cicatrici, anzi ho osservato, che senza la formazione di profonde ulceri talvolta rimaneva nella cornea un lieve offuscamento indelebile, che v'induce un colore torbido, e ciò videsi ogni volta che avesse esistito un panno cronico sulla cornea, il quale suole andare congiunto a tenuissime esulcerazioni superficiali quasi invisibili. Sì fatto offuscamento della cornea il più delle volte è causa, che la visione rimanga imperfetta.

Difetti inevitabili alla cornea.

§. 11. Siccome abbiamo seguitato l'ordine del tempo così nel principio della tavola VII. si trovano i nomi di quegl' individui, i quali per essersi presentati sulla fine del passato anno, o perchè la loro infermità richiedeva, che le cure si prolungassero molto hanno continuato a presentarsi fra gli oftalmici ambulanti ancora nel presente, e per tal modo si trovano registrati e sulla tavola n.° I. del primo Libro, e sulla settima del presente.

Individui che aveano intrapreso le cure nel passato anno e le continuarono nel presente.

§. 12. Tale assiduità nel presentarsi a domandare le nostre cure, mi ha più volte indotto a fare delle riflessioni che mi sembrano molto utili anche al lettore giacchè elleno provano il vantaggio delle medicine locali, e singolarmente del laudano liquido dello Sydeman; di cui facciamo grande uso nella cura delle oftalmie. A proposito di che non sarà inopportuno ch' io qui esponga talune riflessioni, le quali potrebbero farsi, e concepirsi da chiunque,

Assiduità nella cura osservata da molti individui.

e che vengono in mente a coloro ancora i quali fossero privi delle cognizioni mediche elementari.

Vengono da lontano a farsi curare con costanza.

§. 13. Mi sono accertato, che molti di questi oftalmici abitano sulle colline del Vomero, o di Capodimonte alla distanza di due ed anche tre miglia dalla scuola clinica, eppure vengono senza fallo ogni mattina a farsi curare se non tutti i giorni almeno, quattro volte in ogni settimana eppure molti hanno bisogno di guida, altri si lagnano del lungo cammino, ma non di meno vengono così di sovvente, e si stanno pazienti ad aspettar l'ora di farsi curare continuando per molte settimane, e mesi: fra quali citerò l'assiduità di certo Antonio Russo portato altresì nellà tavola I. dello scorso anno, il quale avendo ambedue le cornee offuscate da panno cronico venne ogni mattina a farsi curare per lo spazio di venti mesi fintantochè le cornee vennero ridotte alla regolare diafaneità eccetto quella tenue opacità, che suole rimanere in simili casi.

Si veggono indicati tredici individui portati anche l'anno antecedente.

§. 14. È inutile, che io qui trascriva i nomi degli altri dodici, i quali si trovano compresi anche nella tavola pubblicata lo scorso anno, o che annoveri coloro i quali per lungo tempo si presentarono in clinica; stantecchè tutto ciò facilmente può dedursi dall' attento esame delle tavole; unicamente, ne fo avvisato il lettore, affinchè vi ponga mente.

Modo naturale di condursi osservato dagli oftalmici ambulanti.

§. 15. Avendo io indagato con particolar cura il loro modo di condursi ho concepito, che coloro, i quali vengono con oftalmie recenti in grado, che la guarigione non sia difficile, nè lunga la cura continuano con assiduità, perchè sperimentano chiaramente l'utilità delle nostre cure; ma per lo contrario coloro i quali si presentano con oftalmie croniche accompagnate da profonde alterazioni della cornea, che richieggono lunghe cure, costoro dopo essere stati presentati alla clinica da qualche loro vicino, o parente che sia stato felicemente curato continuano a venire per qualche tempo e stantechè aveano usato fino a quell'epoca le medicine amollienti e soluzioni acquose, molto vantaggio sperimentano da' rimedj opposti, che noi siam soliti adoperare, e già si credono vicini alla guarigione perfetta.

Quando cessa

§. 16. Cessano in seguito i grandi vantaggi perchè si abituano alle

medicine stimolanti ed astringenti, e il male sembra stazionario. Allora cominciano a lagnarsi della distanza delle loro abitazioni, ovvero di non aver la solita guida, e domandano le medicine con proposito di applicarle da se medesimi senza uscire di casa, il che però non possiamo, quasi mai accordare, stante gli abusi che fanno delle medicine. Laonde cominciano a far pruova di rimanersi in casa, senza uso di medicamenti, alcuni altri dimentichi de' vantaggi più volte sperimentati disprezzano o riprovano l'uso de' nostri medicamenti, e ricorrono ad altri soccorsi.

l'utilità manifesta delle nostre cure, come si conducano.

§. 17. Io ne ho conosciuto un buon numero, de' quali altri sono stati a Capua per farsi applicare un'acqua, che dicesi atta a guarire qualunque specie di mal d'occhi, altri sono stati a farsi medicare da certe feminelle, che toccano gli occhi con una verghetta d'oro; oppure da persone, che vi strisciano sopra un capello, ec., ma tutti questi sono ritornati dopo alcun tempo alla clinica, e mostravano il loro danno, e confessavano, che se mai aveano sperato qualche giovamento da siffatte pratiche si sono ben tosto avveduti di un peggiore stato che gli obbligava a ritornare da noi. Ho conosciuto inoltre che gli oftalmici convertiti dai loro errori sono i più attenti a curarsi, e sono appunto quelli che più si adoprano a persuadere i compagni loro perchè sieno assidui alla cura.

Varj tentativi fatti dagli ambulanti.

§. 18. Spesse fiate ho notato, che essendo venuti alla clinica taluni medici virtuosi e dotti, i quali si stavano sul dubbio circa l'opportunità de' metodi curativi usati da noi, non sì tosto hanno parlato co' suddetti oftalmici recidivi che venivano a medicarsi, si sono piegati a favore de' nostri metodi; e sono stati più saldamente convinti da' loro discorsi, e dalle testimonianze di questi pochi, che non lo potevano essere per via de' nostri ragionamenti appunto perchè questa gente discorre col fatto alla mano, ed usa il linguaggio suggerito dalla semplice verità.

I discorsi degli ambulanti fanno prova a favore de' nostri metodi.

§. 19. Le osservazioni fatte su questi individui quando hanno negletto le cure, e quando ebbero ricorso a metodi opposti mi valsero di pruove assai convincenti a favor mio, e di questi casi, io vado facendo indagine, poichè avendo ormai tentato varie sperienze, le quali già mi aveano persuaso dover abbandonare i

Osservazioni, che tengono luogo di esperienze.

metodi contrarj a quelli da noi praticati, ripugna di presente alla mia coscienza tentare sugli altrui occhi, que' rimedj che mi sono sospetti, ovvero che ho giudicato nocevoli.

Tentativi fatti con altre preparazioni sopra vari ottalmici.

§. 20. Al cominciare del corrente anno essendomi stata mossa qualche dubbiezza dagli studenti sull' opportunità de' nostri metodi volli tentare alcuni sperimenti, onde feci prova nelle persone di Antonio Russo, Gaspare Pettinati, Pietro Panno, e Raffaele Ferrara facendo applicare sull'occhio destro il collirio qui sotto indicato (*). Nel sinistro occhio poi venne continuata l' applicazione del laudano, e della pietra infernale secondo il consueto giacchè erano tutti affetti da *oftalmoblennorrea cronica*, e panno della cornea e si osservò che in termine di soli otto, o dieci giorni si fece peggiore in tutti lo stato dell' occhio destro, mentre il sinistro di continuo si rischiarava, e dava meno copia di escrezioni irregolari. Io feci dunque conoscere nella scuola la verità di queste osservazioni, giacchè in meno di quindici giorni gli occhi si erano di molto gonfiati. I vasi sanguigni della congiuntiva e della cornea, impedivano a questi la visione, ed erasi aumentata la copia della linfa per entro al tessuto delle cornee, onde gli occhi erano diventati più foschi, e cominciavano a farsi dolenti, ed infiammati. I quali sfavorevoli risultamenti ci determinarono a ritornare a' consueti metodi, e ben presto si sono migliorati questi quattro occhi, e si giunse dopo alcune settimane al termine della cura.

Proposito stabilito dopo queste osservazioni.

§. 21. Dopo aver dunque fatto considerare agli studiosi, che qui trattavasi di una medesima infermità sopra quattro occhi, i quali avevano rapporti strettissimi col temperamento, coll' età, e colle discrasie di ciaschedun individuo, perchè i due metodi contrarj vennero sperimentati in ciascheduna persona, notato avendo il danno evidente da tutti riconosciuto nella scuola clinica formai proposito fin d' allora di profittare in avvenire degli errori altrui,

---

(*) Aqu. Plantagin, et Aqu. Rosar aa ℥ jv.
Tutiæ p.p.
Corn. Cerv. ust, et p.p.
Ceruss. lot.................... aa ʒj.
M. et f. collirium.

onde assicurare il cammino della scienza, dovendo astenermi da commetterne deliberatamente alcuni i quali potessero danneggiare coloro, che alle nostre cure si affidano, e perciò dopo quell'epoca feci registrare al margine delle storie la parola esperimento per tutti coloro che hanno trascurato di presentarsi, come si è detto di sopra, ovvero sono venuti con gravissime infermità, che non erano guarite mediante il lungo uso di rimedj topici mollitivi, e debolmente astringenti, ma anzi aveano molto sofferto, ed unicamente dalle nostre cure hanno riconosciuto vantaggi notabili.

§. 22. Quelli ritornati dopo dannosi sperimenti sono in picciol numero, ma pure fanno molta pruova poichè tutti ritornarono in peggiore stato dopo aver mutato sistema di cura, e perchè vennero in fine guariti nel tempo, che usarono le solite medicine, si troverà p. e. registrato fra questi Pasquale Volpi, Francesco de Rosa, e Maria Palombo, come anche Maria Catanzaro, e Carmela de Filippi, le quali hanno praticato bagnature agli occhi con acqua di mare, e subito dopo hanno sofferto grave recidiva, similmente avvenne, che il de Rosa, ed il Volpi non vedendosi guariti dopo tre mesi di attente cure, perchè il panno era denso, e cronico si lasciarono persuadere di abbandonare la clinica, e rinfrescare gli occhi pieni di caldo sangue, mediante l' applicazione di cataplasmi di pane, e latte, dopo la quale pratica si rinnovò *l'oftalmoblenorrea*, e formatosi l'ipopio nell'occhio sinistro cadde questo in suppurazione in termine di soli tre giorni, e si vuotò di tutti gli umori tanto nell' uno, come nell' altro individuo; i quali troppo tardi vennero di nuovo alla clinica.

Tristi conseguenze osservate, quando tentarono medicine contrarie alle nostre pratiche.

§. 23. Io non intendo, che per via de' pochi esperimenti ora citati vogliasi determinare una opinione contraria alla pratica di siffatti rimedj, giacchè è difficile dimostrare, che tutto il danno osservato in questi casi si dovesse attribuire all' applicazione di collirj debolmente astringenti, ovvero ai cataplasmi di pane e latte, di mela cotte, o di ova toste, che vennero usati dall' uno o dall' altro di quegl' infelici; ma so bene che gl' ignoranti oftalmici, i quali conobbero le disgrazie de' sunnominati loro compagni, e che poi ottennero la guarigione in quel tempo, nel quale usarono i rimedj tonici, ed astringenti da noi ammini-

Pochi sperimenti servono di molta pruova.

strati, se ne sono ostinatamente persuasi. Anzi più volte mi accadde sentirli ragionare su questo argomento con molta eloquenza, onde persuadere taluno de' loro conoscenti, i quali soffrivano gravi oftalmie ignorando costoro, che io fossi vicino perchè si stavano in mezzo la strada, ed io passava inosservato, e simili ragionamenti vennero intesi anche da' giovani studiosi, i quali me ne hanno dato ragguaglio.

Loro costanza ammirabile.

§. 24. Io sono meravigliato quando considero, che senza mai vincolargli a venire, lasciando loro libertà piena di starsene in casa i detti 154 eccettuati soli 37 avessero la costanza di venire a farsi curare per più settimane, e mesi finchè si avvedevano di qualche miglioramento, nè soltanto i suddetti, ma altresì molti di quelli, che avevano subìto le operazioni, e sono portati nella tavola IV. vennero per più tempo fra gli ambulanti a farsi medicare, dopo terminata la cura, che richiedevasi per riguardo all' operazione. Volendo io dunque indagare se gli ambulanti fossero tanto assidui per effetto di una semplice abitudine, ovvero per causa di sperimentare un evidente vantaggio ho tentato inspirare le più liete speranze a taluno infermo incurabile, ch'erasi presentato fra loro, e mentre io amministrava a questi per bocca le pillole di Richter, ovvero altre medicine raccomandate per curare l' amaurosi applicava sugli occhi i soliti medicamenti adoperati per altri oftalmici ambulanti affinchè non sospettassero, che il male fosse incurabile, ma non potei persuadergli a frequentare la scuola se non se per pochi giorni.

Quando non sperimentano vantaggio non più sono assidui alle cure.

§. 25. Altre volte ho tentato il medesimo per coloro, che felicemente aveano subìto l' operazione della cateratta, come fu il nominato Antonio Parmisano, e varj altri dopochè eransi ristabiliti, ma nè l' uno, nè gli altri vollero continuare a presentarsi, e riuscì al tutto vana dopo breve tempo ogni mia raccomandazione, e non giovò punto, ch' io usassi modi caritatevoli ed umani verso questi a preferenza di ogni altro, che non sperimentando veruna utilità cessavano in tutto di presentarsi alla clinica, ed unicamente si potria fare eccezione in persona di Domenico Morrone, il quale sebbene abbia subìto con effetto buono l' operazione della cateratta e pupilla artificiale, ciò non di meno

viene a mostrarsi fra gli ambulanti di quando in quando, abitudine la quale dipende dacchè egli abita a poca distanza dalla clinica, e perchè l'ho allettato con qualche elemosina desiderando mostrarlo di sovvente ai nostri uditori per la singolarità del caso che in esso si riscontra.

§. 26. Osservai per lo contrario, che le persone le quali hanno subìto l'operazione della pupilla artificiale, come si accorgono di qualche utilità mediante l'uso delle cure locali sono molto assidue, e cessano di farsi vedere fra gli ambulanti unicamente quando si avveggono di non poter più migliorare. Le persone che hanno subìto l'operazione della pupilla artificiale sono più assidue.

§. 27. Questa naturale maniera di agire, mi serve dunque a ben giudicare non solamente della utilità de' metodi, ma altresì della durata delle guarigioni, o della capacità, che rimane a taluni infermi di ricadere. Se taluno ricade, egli ritorna a presentarsi in clinica per essere nuovamente guarito; ma coloro, che hanno ottenuto una guarigione permanente, appena guariti non si lasciano più vedere, talchè nel corso di dieci anni, posso contare un solo caso nel quale sia venuta a presentarsi una persona molto tempo dopo guarita, unicamente per ringraziarmi. Anzi ben mi rammento ogni minuta circostanza di ciò essendo stata quella una buona vecchia, la quale mi recò singolare sorpresa. Io stava medicando varj oftalmici, quando ella mi si fece dinanzi mostrandomi i suoi occhi, e parendomi esser quelli sanissimi, le domandai cosa soffrisse al che mi rispose *nulla. Ebbene cosa vuoi tu adunque*? io le soggiunsi. Ed ella a me: *Io sono Anna Padovani, la quale era inferma da lungo tempo e trovandomi ora guarita per via di una medicina, che voi mi avete favorito vengo a ringraziarvi, e a farvi conoscere il buon effetto di quella medicina, mentre dal primo giorno, che me l'avete applicata agli occhi fino al presente sono andata sempre al meglio.* Questa fu veramente una cosa straordinaria perchè non mi accadde mai più, incontrare una gratitudine così viva fra le volgari persone. Giudizj, che si possono trarre da questa maniera naturale di agire.

§. 28. Non così allorquando si avveggono di qualche peggioramento, ovvero se la facoltà di vedere non sia ripristinata per quanto il desiderano: in questo caso non mancano di ritornare, L'importunità di taluni suol provare la guarigione stabile di altri.

e chiedere il nostro soccorso; ed impiegano alcuna fiata de'modi anche rozzi, insistenti, e dispiacevoli, la quale maniera naturale di agire mi soddisfa, e mi giova a molti buoni argomenti sulla perfezione, e sulla durata di lor guarigione; perchè spesse fiate avrei temuto di veder ritornare coloro, i quali sebbene infetti da veleni, o travagliati da cacochimie universali, pure erano stati curati con semplici rimedj locali, ed erano guariti, ma di questi ne posso contare molti, i quali più non si sono presentati a me, ovvero se gli ho casualmente incontrati per la via gli ho trovati in buona salute almeno riguardo agli occhi.

Argomenti di fatto validissimi.

§. 29. Per la qual cosa io mi compiaccio sovvente di metter da parte ogni sorta di prevenzione, e lasciarmi guidare ne' giudizj da que' semplici argomenti di fatto, che destano in animo di costoro tanta persuasione, perchè bene spesso anche gli uomini rozzi sanno discernere l'utile, ed il dannoso, meglio, che non possiamo fare noi con tutte le nostre teoriche avendo noi spesse fiate il velo dell' amor proprio, e le fallaci prevenzioni, che possono trarci in errore.

Perchè si continui a ponderare i fatti, e le loro opinioni.

§. 30. Or non essendomi proposto di pubblicare nel presente libro un trattato ordinato, e scientifico riguardo alle oftalmie; ma volendo unicamente determinare le osservazioni, e far padrone il mio lettore delle pruove sperimentali, che possono dar fondamento al trattato da prodursi nel quarto libro, così seguiterò innanzi a questo modo, e anderò notando le osservazioni di fatto, e ponderando le opinioni di questi rozzi osservatori.

Perchè non si possano tutti ricoverare.

§. 31. Sono eglino quasi tutti persuasi, che se noi potessimo ricoverargli, nutrirli, e curarli internamente trar potrebbero maggiore vantaggio dalle nostre cure, e ciò domandano con molta istanza quasi che tutti, ma l'istituto clinico non è capace di ricevere tante persone, giacchè la maggior parte soffrendo panno cronico impedirebbero un letto per tre, e quattro mesi pria che fosse terminata la cura, ed altri potriano communicare facilmente l' oftalmoblenorrea acuta a quelle persone, che hanno soggiaciuto alle più delicate operazioni.

Si riguardano dall'aria ne'giorni piovosi.

§. 32. Queste, ed altre cagioni ci costringono ad esser contenti di usare per essi le semplici locali medicine senza tenerli chiusi,

e soltanto usano la precauzione di starsi riguardati dalle impressioni dell' aria rimanendosi alle case loro, e ben sanno, che nelle giornate di vento, o di pioggia è dannoso agli oftalmici esporsi all' intemperie della stagione, singolarmente per coloro, che sono affetti da oftamoblenorrea, ed eglino si rammentano qualche tristo esempio osservato ne' loro colleghi, come p. e. in persona di *Geremia Mazzocchi*, e *Vincenzo Portone* ne' quali si notarono delle violente recidive perchè non ancor sanati vollero tornare ai consueti lavori; esponendosi all' intemperie in una stagione umida, e piovosa; dopo di che si viddero rinnovate le oftalmoblenorree con *ipopio* incipiente, ed ebbero a sostenere acerbissime pene con recidive peggiori della prima infermità.

§. 33. Ecco per quali pruove la maggior parte di costoro vanno altresì convinti del danno, che arreca l'impressione dell'aria umida, e si confermano del danno che producono le sostanze umide, o acquose applicate agli occhi per modo, che neppure ardiscono lavarsi il viso.

Persuasi esser l'acqua dannosa.

§. 34. E per causa di queste opinioni i militari bene spesso, mi pregano di fargli ricoverare nel loro deposito, subitocchè l'oftalmia diviene molesta, ed ivi sono curati sotto la mia direzione, ma i cittadini, ossia pagani non potendo alloggiare tutti in clinica, nè tutti esser curati alle case loro, se la fanno, come meglio possono, e nondimeno una gran parte vedesi guarita con felicità: anzi troviamo che de' sudetti 154, sei soli vennero inutilmente a farsi curare, e che altri individui al numero di 111 sono felicemente guariti senza che la maggior parte usasse medicine interne, e niuno venne ricoverato in ospedali ove tali infermi difficilmente ottengono di essere ammessi. Ma potremmo contare altresì qualche esempio di persone ricevute in detti grandi ospedali, nelle quali abbiamo notato delle triste sperienze, che recarono molto lume a noi per quanto ne togliessero ai poveri infermi.

Molti guariti senza tutti i soccorsi desiderabili.

§. 35. Tali triste sperienze ci hanno dimostrato colla maggior evidenza l'inopportunità d'impiegare zampilli, o fontanelle con acqua di rose, acqua di malve, ed altri mollitivi a malattia già inoltrata, ed hanno confermato la nostra opinione sul danno, che arrecano le bagna-

Triste sperienze contro i Zampilli cataplasmi ed acqua di mare.

ture con acqua salsa, ed i cataplasmi ammollienti applicati sugli occhi, ma di presente mi è noto, come i nostri dotti colleghi si vanno persuadendo, ed ho veduto con piacere, che in talune corsee del grande ospedale degl' incurabili, già si cominciano a praticare le cure degli oftalmici co' metodi da noi addottati, e vannosi abbandonando a poco a poco le antiche abitudini, sennonchè la natura del cuore umano porta da se, che le cose nuove incontrar debbano difficoltà, ed opposizioni, ancorchè sieno utili, anzi da queste opposizioni emerge l' opinione giusta del loro valore.

Utile sperimento in caso d'interni miasmi.

§. 56. La tenuità dunque de' mezzi, ch' erano in mio potere, onde soccorrere gli oftalmici ambulanti, e la moltitudine di questa classe d' infermi, mi ha dato occasione di ripetere più fiate un esperimento, il quale non sarà certamente senza la sua utilità per la scienza, e darà forse qualche lume ancora a tutta la medicina.

Individui affetti da contagi e discrasie interne congiunte alle oftalmie.

§. 57. Erano fra gli ambulanti circa 26 individui attaccati da sifilide, altri al numero di 9 attaccati da scrofole, altri al numero di otto affetti da scorbuto, e quattro se ne contavano affetti da artritide, oltre due che avevano sofferta la Psora retrocessa, altri accusavano i lochj sopressi, le oftalmie vajolose e morbillose, e siccome dissi da bel principio nessuno di costoro trovavasi in tal fortuna da potersi medicare con farmaci adattati a correggere tali veleni, o discrasie, eppure la maggior parte sono guariti felicemente, ed in una maniera stabile col semplice uso di locali rimedj.

In taluni casi vennero tentati i rimedj interni.

§. 58. Io non voglio da queste osservazioni inferire, che sieno inutili i rimedj interni, anzi ho dovuto fare eccezione alla regola generale per sei individui, i quali vennero curati con preparazioni mercuriali a motivo, che la sifilide, ben mi facea conoscere la necessità di amministrare le interne cure eppure anche in questi casi per causa di varie sperienze di fatto avrei potuto lusingarmi, che le oftalmie, e le ulceri della cornea avessero potuto sanarsi mediante locali rimedj, in quel modo appunto, che può curarsi una gonnorrea, ed un'ulcere venerea; ma in queste persone parvemi necessario coreggere i veleni, che

attaccavano oltre gli occhi, altre parti ancora de' corpi infetti, onde preservarli da ulteriori disordini.

§. 39. Io protesto, che non mai fui così parco ad amministrare interne medicine, siccome lo sono stato in questa clinica verso gli ambulanti perchè la necessità, così richiedeva, ed è ben sicuro, che fra gl' indicati 154, almeno quaranta avrebbero per mio ordine usato medicine interne tanto se fossero stati al deposito militare, come se fossero stati curati nelle proprie lor case. Eppure siccome ho già detto la maggior parte sono guariti stabilmente, e con felicità.

Parsimonia delle interne cure tenuta in clinica.

§. 40. Ma affinchè non si stimasse, che in simil guisa fossero state curate oftalmie leggiere, e per dare al lettore maggior soddisfazione de' suoi dubbj ho diligentemente osservato le tavole IV, V, e VII, e le mie annotazioni raccolte in clinica, ed ho classificato gli oftalmici secondo le loro infermità, perchè così il lettore intenderà quali gravissime alterazioni sieno state curate con metodi semplici, e facili, e ne ho formato la tavola VIII.

Perchè si dichiarino le varie oftalmie curate, in clinica.

§. 41. Su questa tavola VIII, veggonsi registrati al numero di sette gl' individui curati per tigna palpebrale, e croniche oftalmie, i quali tutti sono stati curati con felice esito.

Sette individui con tigna palpebrale.

§. 42. E poichè ho cominciato dai morbi delle ciglia seguitando l'ordine anatomico aggiungo, che gl' individui affetti da trichiasi, ed oftalmia grave furono registrati al numero di 14 de' quali soltanto tre hanno migliorato senza potere interamente sanarsi, che furono Antonio Cardillo, il quale avea cateratte incipienti, e gli altri due nominati Esposito e Grappone hanno trascurato di presentarsi fra gli ambulanti, quando appena cominciavano a volgersi infuori i peli, e vedersi il vantaggio dell' acido applicato sulle palpebre, gli altri undici si viddero nella scuola perfettamente guariti.

Quattordici affetti da trichiasi e grave oftalmia.

§. 43. Attaccati da flusso palpebrale puriforme si contano individui al numero di dieci de' quali 3 ebbero soltanto quel tenue vantaggio, che erasi pronosticato riguardo alla cura del flusso; perchè la perfetta guarigione veniva impedita da complicazione di malattie incurabili, come erano stafilomi, leucomi inveterati, fistole lagrimali, o epifore che richiedevano altre cure

Dieci attaccati da flusso palpebrale.

nè potevano guarirsi mediante l' applicazione della pomata del Janin diretta a curare il flusso palpebrale, e non già le altre infermità, che sarebbero state curate se gl'infermi l'avessero voluto.

Sedici individui affetti da croniche oftalmie

§. 44. Infermi di oftalmie croniche senza nè ulceri, nè panno alla cornea almeno in un occhio furono al numero d'individui 16; i quali per riguardo all' oftalmia vennero tutti ridotti in buona salute, ed ottennero guarigione totale, eccetto la sola Anna Jannone, la quale comecchè erasi presentata con dense cicatrici ad un occhio in aggiunta ad oftalmia cronica restò dopo la guarigione con quell' offuscamento giudicato già da me insanabile fin dal primo giorno, ed in simil modo i così detti Raffaele Sigillo, Teresa Vignola, e Falcinelli quantunque fossero in breve tempo liberi da oftalmie, e sanati perfettamente ad un' occhio restarono con offuscamento all' altro perchè allorquando si presentarono la prima volta in clinica aveano di già leucomi incancellabili sulla cornea dell' altro occhio: questi eccettuati, gli altri individui affetti da croniche oftalmie non serbarono, dopo la cura veruna traccia del morbo sofferto in nessuno de' loro occhi.

Undici individui con oftalmia, ed opacità delle cornee.

§. 45. Gl' infermi presentatisi con oftalmie croniche unite ad opacità di ambedue le cornee, le quali macchie non erano nè ulceri, nè panni, ma bensì cicatrici contornate da una linfa addensata e fosca, raccolta framezzo alle lamine della cornea, erano individui al numero di undici, de' quali quattro hanno ricuperato perfettamente la visione, e sonosi guariti dalle oftalmie, e due altri per nome Bartolomeo Costanza, e Giovanni Sicaro hanno bensì migliorato nella facoltà di vedere; ma non potevano acquistare quanto poteasi sperare senza sottoporsi all' operazione della pupilla artificiale, il che non volendo eglino sopportare si rimasero con una pupilla impedita, e gli altri ebbero tutti felice guarigione eccetto Pasquale Procolo, il quale sebbene restasse libero da oftalmia ebbe poi la vista impedita da cateratte incipienti, che progredirono dopo finita la nostra cura siccome era da prevedersi.

Otto casi di oftalmia, ed ulceri.

§. 46. Altri soggetti al numero di otto si ebbero in cura per causa di oftalmia congiunta ad ulceri, e sette di questi ebbero felice guarigione restandone un solo per nome Felice Mezzacapa

il quale non potè ricuperarsi interamente per la verità, ma ebbe notabile vantaggio.

§. 47. Con oftalmia cronica, e panno si notarono 13 persone, le quali tutte hanno ottenuto felice esito, ed inoltre due, colla complicazione di ulceri profonde vennero liberati da ogni infermità con vantaggio della forza visiva questi furono Murcio, e Capasso.

Tredici individui con oftalmia cronica, e panno.

§. 48. Siccome le oftalmie croniche talvolta cagionano lo pterigio semplice, o anche unito al panno, così si presentarono tre individui con oftalmia cronica, panno, e pterigio, fra quali è da annoverarsi Marco Tedesco perchè aveva lo pterigio assai denso e congiunto alle altre infermità, gli altri furono Bartolomeo Egizio, e Giuseppe Vicedomini, i quali guarirono con felicità; ma in singolar modo si ammirò da noi tutti l' ultimo di questi due portato anche nella tavola VIII. del primo libro, nel quale videsi dissipato lo pterigio senza che bisognasse ricorrere all' estirpazione, unicamente facendosi strisciare per alcune fiate sui nepitelli di quest' uomo la pietra infernale e lavando la parte medicata mediante un pennello intinto nel laudano liquido col quale medicavasi l' occhio ogni giorno.

Oftalmie croniche con pterigio curato felicemente.

§. 49. I medici sanno quanto la gente volgare sia trascurata a medicarsi, e ciò è cagione, che rarissime volte si osservino oftalmie acute nella clinica; in quel modo appunto, che rare fiate osservasi lo stadio acuto dai medici per riguardo ad altre infermità negli ospedali, singolarmente poi quando le infermità non giungano di lor natura ad impedire all' uomo le consuete funzioni. Ecco la cagione per cui non siensi veduti, che due soli oftalmici nello stadio acuto, ossia con oftalmitide, e furono i nominati Raffaele d' Amico, e Maria Palombo. Questa femmina era attaccata da grave oftalmitide erisipelacea zavorrale, e colui da iritide sifilitica acuta ne' quali casi è stato giudicato opportuno ricorrere ai rimedj debilitanti locali, e contemporaneamente si amministrarono i rimedj interni, poichè la donna fece uso di qualche emetico, e di qualche purgante, e l' uomo dopo aver preso epicraticamente il tartaro emetico per più giorni venne curato felicemente con pillole del mercurio gommoso di Plenk. In que-

Perchè due sole oftalmie acute sieno state osservate.

7

sti due casi lo stadio acuto durò circa otto giorni, ma poichè gli infermi non aveano dato tempo alla malattia di far molti progressi ambedue furono guariti con felicità ed in brevissimo tempo.

Ventidue individui si presentarono senza oftalmia; ed undici ricuperaron la vista.

§. 50. Tutti gl' individui, de' quali si è parlato finora portavano i segni, o almeno le apparenze di uno stadio infiammatorio negli occhi, perchè erano infermi da oftalmie, ma ve ne furono altri al numero di 22 i quali si presentarono quando ormai l' oftalmia era cessata, o mediante certe cure da essi tentate, o perchè era decorso molto tempo dall' invasione del male e rimaneva ne' loro occhi un offuscamento della cornea, ovvero qualche leucoma, o stafiloma, e fra detti infermi ne contiamo undici interamente ristabiliti, e soltanto undici rimasti con qualche difetto nella facoltà di vedere per modo che otto se ne contarono, che aveano bisogno di soggiacere all' operazione della pupilla artificiale; ma fra questi tre soltanto vennero persuasi di sostenere l' operazione, e ne trassero felice esito, che furono Andrea Rocciola, Eugenia Varriale, e Niccola Lanti; sono da rammentarsi fra quelli che avrebbero dovuto soggiacere all' operazione Antonio Manente, Gaetano Palmieri ed Anna Mileci, i quali sebbene fossero stati da me prevenuti della possibilità di ricuperare la vista hanno trascurato di presentarsi perchè vedevano sufficientemente con un occhio, nè ci fu possibile istituire ne' loro occhi l' operazione e ridonar loro la vista.

Distruzione dello stafiloma esulcerato.

§. 51. Fra gl' indicati oftalmici debbo qui far menzione di Francesca Maja, la quale è annoverata fra i 22 individui presentatisi colla cornea molto viziata, e senza oftalmia. Questa bambina ci venne presentata con uno stafiloma assai elevato su tutta la cornea dell' occhio destro, il quale era bernecoluto, esulcerato, e dolente, essa avea nubecola, e panno all' altro occhio, ne' v' erano più segni dell' oftalmia vajolosa, la quale avea preceduto, ed avea causata la perdita dell' occhio destro.

Stafiloma distrutto mediante il laudano.

§. 52. Essendo l' inferma in tale stato, la madre domandava, che almeno si tentasse recidere, o demolire quella carne rialzata onde scemare la deformità, e l' incomodo, quando non fosse stato possibile restituire la vista a quest' occhio, ma stante la qualità dello

stafiloma che non era molto inveterato, e che trovavasi già viziato da ulceri; io pronosticai che l'applicazione del laudano saria bastata in questo caso a determinare una distruzione, e rottura dello stafiloma, locchè videsi riuscire appuntino mediante l'applicazione fattasi del laudano liquido di Sydenham per due volte ogni ventiquattrore. Pochi giorni dopo tale cura si aprì da se lo stafiloma, e si distrusse; talchè si poteva dopo alcune settimane applicare l'occhio artificiale e l'altro occhio si rischiarò perfettamente applicandovi il medesimo rimedio.

§. 53. È cosa degna da sapersi, che allorquando lo stafiloma non sia esulcerato in superficie, e non sia recente, l'operazione sarà inevitabile, mentre al contrario, in un'altro caso simile al di sopra citato bastò l'applicazione del laudano a determinare l'apertura dello stafiloma e venne curato senza farne la demolizione. Se lo stafiloma non è esulcerato non si distrugge.

§. 54. In tutti i casi di cui si è fatto parola finora le oftalmie erano di tale specie, che non vi si potevano riconoscere i caratteri dell'oftalmoblenorrea, poichè o trattavasi di oftalmie le quali aveano sede unicamente nella sostanza della congiuntiva, oppure vedevansi le conseguenze sulla cornea, e le ghiandole di meibomio non sembravano viziate. Ma chi ha posto mente ai dieci casi di flusso palpebrale puriforme di sopra citati ( §. 40 ) mi opporrà, che in quei casi le ghiandole di meibomio erano alterate, e che dagli occhi dovea scaturire materia puriforme come nell'oftalmoblenorrea: per evitare dunque ogni equivoco, e per maggiore soddisfazione del mio lettore io spiegherò ora la differenza che passa fra oftalmia, oftalmoblenorrea, e flusso palpebrale. Necessità di spiegare le differenze che si osservano fra varie specie di oftalmie

§. 55. Molti degli antichi maestri hanno usato la parola oftalmia per indicare qualunque infiammazione degli occhi, ma i moderni hanno distinto con varj nomi le oftalmie secondo la loro intensità, e secondo le parti, che si trovano più infiammate, e nelle quali il male ha la sua principal sede. Se dunque l'infiammazione attaccherà principalmente i vasellini sanguigni, e sierosi spettanti alla congiuntiva, questa infiammazione si chiamerà semplicemente *oftalmia*; ma se l'infiammazione sarà grave, e complicata in guisa, che oltre i vasi della congiuntiva sieno anche infiammate le ghiandole di meibomio, l'infiammazione verrà chia- Differenze osservate fra l'oftalmia, l'oftalmoblenorrea, ed il flusso palpebrale.

*

mata *oftalmoblenorrea* in questo caso la congiuntiva è sempre ingrossata, e rossa, e l'umore, che esce dalle palpebre in gran copia ha un'aspetto più, o meno puriforme, la congiuntiva, che riveste i tarsi delle palpebre è sempre ingrossata, e quasi sempre granulosa. Finalmente se la congiuntiva non sarà nè ingrossata nè granulosa, e se l'ostalmia sarà lieve, ed attaccherà unicamente le ghiandole di meibomio non già la congiuntiva, e produrrà secrezione copiosa di una materia puriforme poco irritante, questo grado di ostalmia si chiamerà *flusso palpebrale puriforme*.

Nove individui con oftalmoblenorea semplice.

§. 56. Nove furono quegl'individui, che si presentarono attaccati da oftalmoblenorrea semplice, vale a dire in tale stato, che sebbene vi fosse gonfiamento delle palpebre, e secrezione aumentata alla superficie dell'occhio ed aspetto puriforme del materiale, che usciva dalle palpebre pur non dimeno la cornea mostravasi intatta, e perfettamente diafana. Tra questi nove però fu degno d'osservazione il caso di Francesca Tarantina, la quale venne guarita dalla *oftalmoblenorrea idrargirica* infermità, che suole essere delle più ostinate, e difficili a curarsi.

Ofstalmoblenorrea idrargirica.

§. 57. Io non posso in questo luogo trattenermi ad esporre un trattato sulla *oftalmoblenorrea*, ma però non voglio ommettere di esporre talune notizie risguardanti questa specie di ostalmia, perchè gioverà avvisare i pratici, e disporre il mio lettore a talune diligenti investigazioni anche prima di far pubblico un trattato regolare. Parlerò dunque dell'oftalmoblenorrea idrargirica sì perchè non sembrami, che i pratici abbiano posto la debita attenzione a questa infermità, ed altresì perchè vorrei pure veder moderato l'abuso del mercurio, che taluni medici vanno facendo con grave danno dell'umanità. Nè io qui parlo perchè venga esso proscritto; mentre anzi è di grande e manifesto vantaggio, quando impiegasi all'uopo; ma perchè i medici si stieno attenti ad evitarne l'abuso, al che taluni inchinano, e di un eccellente rimedio ne fanno un crudele veleno!... Qual maraviglia, e di che non suole abusare l'uomo?...

Oftalmoblenorrea idrargirica osservata la prima volta.

§. 58. Io non avea prima dell'anno 1815: verun sospetto che le frizioni di mercurio mal regolate portassero lo sviluppo di oftalmie sotto questa forma, ma trovandomi in questa capitale, ove

la dolcezza del clima rende gli uomini poco accorti a riguardarsi dall' intemperie delle stagioni, anche se stanno soggetti ad una cura fatta con mercuriali preparazioni; mi avvenne di osservare più fiate la detta infermità, e singolarmente ne' militari oftalmici, i quali dopo aver fatto abuso di medicine mercuriali venendo attaccati da gravi oftalmoblenorree si presentarono al deposito generale a domandare l'opera nostra. Io dunque ne ho determinato i caratteri come siegue.

§. 59. L'*oftalmoblenorrea idrargirica* richiede per prima condizione, che l' infermo abbia usato in gran copia il mercurio, ovvero che nel tempo delle cure siasi esposto imprudentemente all' impressione dell' aria fredda, ed umida, singolarmente in tempo di notte, o nelle giornate di vento, o pioggia. Talvolta ho notato lo sviluppo di oftalmoblenorrea idrargirica in persone, che aveano lue manifesta; altre volte in coloro che hanno osato sottoporsi alla cura mercuriale abitando stanze umide, e fredde.

Segni dell' oftalmoblenorrea idrargirica.

§. 60. Sotto le indicate condizioni può facilmente svilupparsi l' oftalmia idrargirica, e questa suole prendere l' aspetto di oftalmoblenorrea, ma però quasi mai vedesi materia puriforme uscire in copia dagli occhi, nè le ghiandole di meibomio si gonfiano molto, e quand' anche le palpebre sieno molto gonfiate, non trovasi aspetto di granulazione sul loro interno poichè la malattia non ha principal sede nelle ghiandole meibomiane, ma ne'vasi sanguigni, e sierosi, che le circondano, ed in quelli che appartengono alla congiuntiva oculare, e palpebrale; ed essa altera piuttosto le ghiandole lagrimali, ed i contorni delle ghiandole di meibomio non già il loro interno.

Sede, e differenza dell'oftalmoblenorrea idrargirica.

§. 61. Ciò sembrami essere dimostrato dacchè ho notato in ogni occasione essere tale oftalmoblenorrea accompagnata da'seguenti fenomeni. Le arterie, e vene coronarie delle palpebre si osservano molto piene di sangue, i nepetelli molto ingrossati, e si mostrano di un color rosso vivissimo senza granulazione copiosa, la congiuntiva ingrossata, e piena di un sangue rosso, vivace nel colorito, l' ipopio, o l' iritide facilmente si presenta dopo le prime ore dell' accesso, e tutto questo dimostra, che la sede principale del male è nelle arterie della congiuntiva e delle parti accessorie all' occhio, il qual disordine si propaga facilmente alle ghiandole lagri-

Parti attaccate ne' casi di oftalmoblenorrea idrargirica.

mali, ed in ultimo caso altresì alle interne parti dell' occhio siccome sono l' iride, e le altre sorgenti dell' umor acqueo.

Oftalmoblenorrea grave fin da principio.

§. 62. Costantemente ho notato, che appena incominciata l' oftalmoblenorrea vedesi l'occhio minacciato da fatale ipopio, o da iritide senza che vi sieno dolori gravi, ma appena l'infermo accusa una sensazione molesta, un senso di peso all' occhio, tosto comparisce l' ipopio, il quale spesse fiate suol prendere forma di ascesso della cornea, e la cosa procede oppostamente a quel tanto che notasi in altri casi di oftalmoblenorrea, poichè in que'casi il primo accesso del male viene accompagnato da secrezione di materia puriforme entro le ghiandole di meibomio, e soltanto allorchè persiste, e si aumenta il male per lungo tempo vengono ad alterarsi le parti profonde della cornea, e la camera anteriore per via di secrezioni puriformi in questi casi poca materia puriforme danno le ghiandole e frattanto la marcia, ossia pus viene ad irritare o la cornea, o l' iride.

Avviso agli oculisti.

§. 63. Io spero, che quanto finora ho detto bastar possa come avviso agli oculisti, i quali non avessero distinto questa specie di *oftalmoblenorrea*, ed in leggendo si faranno cautelati coloro i quali fossero inclinati a somministrare disordinatamente le cure mercuriali, ed aumentarne le dosi senza misura, che poi quel tanto, che si dee conoscere intorno alla detta infermità verrà nel quarto libro più diligentemente spiegato.

Quattordici con panno da oftalmoblenorrea.

§. 64. Se vogliasi ora continuare a prendere in disamina i casi di oftalmoblenorrea, che si sono registrati nella tavola VIII, si conoscerà ben tosto, che quattordici individui furono quelli, i quali sonosi presentati con panno alla cornea prodotto da oftalmoblenorrea, i quali però non aveano sofferto nè ulceri nè stafilomi sulla cornea, e questi ricuperarono la visione perfettamente eccettuato un solo per nome Antonio Russo nel quale trovandosi molto inveterato il panno della cornea, e sommamente denso non potè interamente venir dissipato, ma fu molto diradato, e ricuperò egli una visione quasi perfetta con maraviglia, e soddisfazione di tutti coloro, che osservarono i progressi della cura. Fra gli altri 13 risanati dal panno vi si comprende Girolamo de Gennaro, il quale ad un occhio fu perfettamente sanato, ma non già ad ambedue poichè l' altro si conobbe fin da principio essere incurabile.

§. 65. Altri infermi al numero di otto vennero iscritti fra gli ambulanti, i quali avevano panno inveterato, e cicatrici sulla cornea accompagnate da oftalmoblennorrea cronica, di questi se ne contano quattro, i quali a cagione delle cicatrici lasciate dalle ulceri non poterono riacquistare perfetta visione perchè a bel principio la cornea trovavasi offuscata da macchia indelebile.

Otto con oftalmoblenorrea panno, e cicatrici.

§. 66. Con maggiore facilità vennero curati altri infermi al numero di 10 i quali aveano le ulceri della cornea ancora aperte con *oftalmoblenorrea* non molto inveterata. Fra questi soltanto tre se ne contano, i quali non abbiano potuto ricuperare la visione mediante le nostre cure, ovvero, che fossero in necessità di subire l' operazione della pupilla artificiale stantecchè le ulceri aveano di già occupata grande porzione della cornea, ed erano situate vicino al centro.

Oftalmob'enorrea non molto inveterata con ulceri in dieci casi.

§. 67. Gl' infermi annoverati fin qui, eransi presentati con oftalmie, che attaccavano la congiuntiva, ed i contorni dell' occhio ma non attaccavano profondamente il detto organo in guisa da minacciarne la distruzione.

Fin quì l' infermità non attaccava le parti profonde dell'occhio.

§. 68. Vi furono però quattro altri nominati Vincenzo Portone, Aniello Bello, Agnese Froncillo, e Geremia Mazzocchi, i quali si presentarono con oftalmoblenorrea acuta che minacciava la distruzione immediata dell' organo, perchè accompagnata da profonde ulceri, e da ipopio, e taluno fu più danneggiato dalle recidive, che dal primo accesso dell'oftalmoblenorrea, ciò non di meno tutti, e quattro vennero sanati, e poterono riacquistare un mediocre grado di visione, ed in particolare, io riguardo come fortunato il caso del Monocolo Geremia Mazzocchi, il quale venne la prima volta a presentarsi con ipopio, ed ulceri, che offuscavano tutto il centro, e la metà inferiore della cornea, eppure il termine della cura non è stato al tutto infelice. Ad onta di due recidive osservatesi nel di lui occhio in tempo della stagione piovosa la malattia venne così bene a calmarsi ne' suoi effetti; che l' ipopio non fece interamente screpolare la cornea, e l'ulcere non progredì oltre quel termine, che di già avea occupato, il pus venne assorbito, e l' ulcere fu interamente cicatrizzata, e cessò l' oftalmoblenorrea in breve tempo rimanendosi come sana, ed intatta la parte superiore della

Oftalmoblenorrea acuta con ulceri profonde, ed ipopio osservata in quattro casi.

cornea, in guisa che ci riuscì aprire una ben grande pupilla nella parte superiore e ripristinare la visione. L' occhio sinistro non era curabile perchè già da molti anni distrutto.

Vincenzo Portone ricuperò la vista per mezzo dell' operazione.

§. 69. Similmente Vincenzo Portone venne sottomesso all' operazione della pupilla artificiale poichè la cicatrice formata sulla cornea offuscava interamente la pupilla; e soltanto la cura era riuscita a far calmare l'oftalmia, ed a cicatrizzare l'ulcere della cornea.

Caso assai complicato osservatosi in persona di Pietro Panno.

§. 70. Ecco adunque de' casi gravi e difficili ne' quali si è ricuperato quel tanto, che potevasi umananamente sperare giacchè le malattie non hanno distrutto niente più di quel; ch' erasi guastato prima che incominciasse la nostra cura. Ma oltre le dette osservazioni è memorabile il caso di Pietro Panno in cui vedevasi oftalmoblenorrea, panno, e pterigio ad ambedue gli occhi, ed il male era invecchiato poichè avea resistito per tre anni a' varj tentativi fatti da illustri medici de' primi ospedali, ove l' uomo s' era presentato a farsi curare. In fatti la sua malattia fu così ribelle che fu d'uopo estirpare lo pterigio per ben tre volte dall'occhio destro e sei volte dall' occhio sinistro innanzi, che fosse curato radicalmente, ed in questo medesimo caso siamo pervenuti ad applicare la pietra infernale ossia il nitrato d' argento fuso all' interno delle palpebre con una efficacia, e con un coraggio non prima da noi conosciuto, in guisachè questa osservazione forma epoca nella storia della nostra clinica, poichè l' uomo ricuperò la visione, e la cornea videsi riacquistare una regolare trasparenza quantunque in certi momenti parve, che la pietra applicata sui nepitelli, ed anche alla superficie della cornea l' avesse offuscata, e vi avesse prodotto qualche esulcerazione, il che non fu poi vero, ed anzi dopo qualche agitazione prodotta nell' organismo della cornea dall' azione della pietra infernale videsi ritornare più diafana la detta membrana contro l'opinione di molti teoretici, i quali temono, che l' applicazione benchè lieve della pietra sulla cornea possa indurvi opacità incancellabile.

Oftalmoblenorrea con ectropio.

§. 71. Merita quivi considerazione altresì la cura ottenuta in persona di Domenico Luciano, il quale avea sofferto come gli altri oftalmoblenorrea grave accompagnata da deformità dell'occhio per causa di ectropio, e non dimeno guarì per mezzo della semplice

applicazione del Laudano, e senza che fosse d' uopo ricorrere all' operazione del taglio; la stessa cosa ci riuscì in persona di L. Rocchi, quantunque l'ostalmia fosse dissipata, e questi fatti confermano quel che si è detto nel Libro I. ( *Ved. Annotazione II*, *pag. 161.* )

§. 73. Restano finalmente a commemorarsi quattordici altri infermi de'quali è fatta menzione nella Tavola VIII. che si sono presentati con cicatrici vaste, ovvero con degli stafilomi dopo cessata l'ostalmoblenorrea di cui appena si vedevano le traccie; eglino ritrassero tutti manifesta utilità dalle nostre cure sebbene si ritrovi notato, che solamente sei ebbero esito felice, perchè trovandosi negli altri otto viziato profondamente il tessuto delle cornee, ad onta di tutta la cura non fu possibile ottenere, che la pupilla ritornasse libera, ed atta alla più distinta visione.

Quattor.i infermi con oftalmoblenorrea cronica, e cicatrici.

§. 74. Finirò questo breve esame delle cure prestate agli ambulanti con parlare delle infermità nelle quali i nervi, che sono le parti più profonde, erano infermi, perchè così richiede l'ordine anatomico. Osservo fra i registri, che spettano a questi casi, le più umilianti storie per noi, ed in fatto ogni medico assennato confesserà la commune ignoranza in cui ci troviamo circa la cura delle malattie nervose in guisa che, se talvolta un raggio di luce fosse apparso a farci concepire liete speranze non tardarono le tenebre a portare nella più trista incertezza l' ammalato, ed il medico. Io non ho trascurato que' tentativi, che da' buoni pratici vengono raccomandati passando alcune volte anche i termini della timida moderazione circa alle dosi; ma giammai ho potuto determinare un metodo curativo, che potesse dirsi efficace, e di probabile riuscita.

Cure tentate quando i nervi erano alterati.

§. 75. Sul quale proposito dichiaro, che se talvolta ho veduto migliorare, ed anche sanare un infermo attaccato ai nervi ottici, ciò riuscì ne' casi di amaurosi recente venuta dopo un tifo, ovvero accompagnata da ostruzioni, o da languore degli organi digerenti. In simili casi l' amministrazione degli emetici epicraticamente parve di manifesta utilità.

Casi di buon successo.

§. 76. Fra le molte medicine tentate in que' casi ne'quali gli emetici erano stati inefficaci, oppure non mi sembravano indicati, parvemi riuscir vantaggiosa l' amministrazione dello fosforo dato

Utilità dello fosforo e dannosa amministrazioni di mercurio.

per frizioni, ed anche per bocca, ma sempre colle debite cautele, e se mai dovessi accusare come pericoloso un farmaco, il quale viene da molti pratici troppo generalmente raccomandato, dirò francamente essere questo il mercurio, il quale ne' casi di sifilide manifesta con vizio de' nervi ottici è certamente l' unico rimedio da cui si possa sperare vantaggio, ma riuscì in vece fatale a coloro, i quali vollero ostinatamente adoprarlo ad onta, che non vi fosse manifesta sifilide, e quando l' amaurosi era di già inveterata, o quando la sifilide fosse stata di già corretta mediante cure mercuriali precedenti.

Amaurosi prodotta da abuso del mercurio.

§. 76. E questa dichiarazione tanto più facilmente si ammetterà per vera da coloro, i quali abbiano conosciuto come l' amministrazione sregolata del mercurio sublimato, ovvero delle frizioni mercuriali possa danneggiare i nervi dell' occhio, e produrre l'amaurosi perfetta. Pericolo da me conosciuto per via di chiare osservazioni, in guisa che nel mese di Agosto dell' anno 1815 avvisai la gioventù nella pubblica scuola, e dichiarai co'fatti alla mano, che l' idrargirosi doveasi annoverare fra le cause prossime dell' amaurosi, e nel passato anno essendomi giunta da Madrid l' opera del Sig. Naval lessi con piacere, ch' egli pure annoverava fra i mali d' occhi l'*amaurosis mercurial*; che è propiamente quella medesima ch' io nominava idrargirica, e che ho potuto veder dissipata mediante l' amministrazione del rob antisifilitico di Boyaux Lafecteur, ma di già molti osservatori ne hanno parlato e soltanto io ne avviso il lettore, perchè vorrei porre argine all'abuso che si fa da molti medici del mercurio.

Caso in cui venne fatto abuso del mercurio.

§. 77. Un chiaro esempio di questa amaurosi si ebbe nella persona di Pietro Testa, il quale oltre la paralisi de' nervi ottici soffriva altresì oftalmia cronica, idrope del globo dell' occhio, e stafilomi incipienti, e presentatosi con tutti gli accennati morbi non ci diede neppure speranza di guarigione, talchè non altro io credo aver potuto fare a vantaggio di questo infelice fuorchè proibirgli di ripigliare l' uso del mercurio statogli suggerito ad onta che avesse invano consumato per frizioni una libbra, e mezza di pomata ed internamente ben 24 acini di sublimato corrosivo, eppure un dotto fisico mi sosteneva, che avria potuto la forza del gran ri-

medio rigenerare i di lui occhi, e ripurgare dall'imaginato contagio gli umori....!

§. 78. Ma sebbene vi fossero così tenui speranze il Testa come ancora certa Maria Pavia affetti da amaurosi e da incipiente glaucoma vennero da noi sottoposti a talune cure, le quali vennero tentate piuttosto a titolo di sperimento che a nessun' altro fine, cioè si amministrò la valeriana, l'arnica, il castoreo, e la pulsatilla, poichè erano queste così innocue, che se non avessero recato vantaggio non poteano recar verun danno; ma tutto ciò inutilmente. Cure tentate in questi casi.

§. 79. Quelli che non aveano segni di corfirmata amaurosi, e che vennero sottoposti alle nostre cure con qualchè utilità furono al numero di dieci de'quali ve ne furono cinque in particolare, che parvero meno degli altri infelici accertando aver eglino ottenuto miglioramento notabile nella visione eppure tutti erano stati curati con eguale diligenza p. e. Salvatore Mussone, il quale aveva indizj di lue ha impiegato notabil dose di Mercurio gommoso di Plenck senza profitto; ma Gio: Batista Cipoletta, il quale oltre l' amaurosi incipiente accusava manifesti dolori sifilitici al capo, dopo l' uso di pochi acini del mercurio gommoso di Plenck si trovava quasi perfettamente ristabilito dai dolori, e con qualche grado di vista ricuperata. Dieci individui sottoposti con utilità alle nostre cure.

§. 80. Fra gli altri si è notato, che Felice Aonetta, e M. Pavìa vennero curati senza utilità quantunque sottoposti per lungo tempo all' uso delle pillole di Richter, e dopo alcun tempo anche al metodo raccomandato da Wardrop, ma nè dagli emetici nè dallo fosforo parve potersi ottenere vantaggi manifesti in questi due, per lo contrario Antonio Majo, e Vincenzo Jomella, e Pietro Jacusso ebbero dalle medesime cure notabili vantaggi, ed in particolare il Majo parve dar segni di mirabile utilità; quando appena avea intrapresa la cura dello fosforo. Cinque individui curati senza utilità.

§. 81. Io dovrei qui dare un giudizio chiaro, e preciso intorno ai varj metodi accennati; ma per quanto abbia meditato, ed indagato per via di varie sperienze, non posso fino al presente dare un giudizio franco, e sicuro su tale argomento, e spero, che ulteriori indagini possano guidarmi a meglio conoscere i metodi curativi di sifatto morbo in guisa da recare soddisfazione a' buoni pratici ed a me stesso. Non si può dare finora un giudizio preciso intorno a' metodi curativi usati.

# TAVOLA VII.

*DEGLI INFERMI ambulanti al numero 154 che furono quasi tutti curati con sole medicine topiche.*

| Numero. | DATA in cui comincia la cura. | NOME e COGNOME. | ETA'. | PATRIA. | INFERMITA' PRINCIPALI. | INFERMITA' ACCESSORIE. | PROGNOSI. | SE ABBIA usato o nò MEDICINE interne. | STATO a cui vennero ridotti GLI OCCHI. | ESITO. | SPERIMENTI. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5 Nov. 1816. | R. d' Ambrogio. | 30 | Napoli. | Oftalmobl. | Panno e fus. di linf. nella cor. | Fav. per pu. | Nò. | Il sin. sanato al dest. staf. fuor di pupil. | F. 2. | » |
| 2 | *idem.* | E. Bonito. | 36 | *idem.* | Flusso purif | » | Fav. | Nò sebbe. sop. lochi. | Sani. | F. 2. | » |
| 3 | *idem.* | M. Trinchese. | 34 | Nocera de' pagani. | *id.* e sifilide. | » | Fav. | Pill. Plen. cura antis. | Sani. | F. 2. | » |
| 4 | *idem.* | A. Russo. | 50 | Napoli. | Oftalmobl. cronic. resid. | Panno e cic. | Fav. quant. cic. adombr. | Nò quant. sifilit. | Picc. offusc. ma vede. | F. 2. | » |
| 5 | *idem.* | P. Luciano. | 28 | *idem.* | Oftalmobl. cronic. resid. | Ectropio rec. con sif. | Fav. | Nò. | Sana ectrop. senza operaz. | F. 2. | » |
| 6 | *idem.* | P. Leonardo. | 29 | *idem.* | *idem.* | Ectr. e sifil. | Fav. | Nò. | *idem.* | F. 2. | » |
| 7 | *idem.* | G. Brancati. | 22 | *idem.* | Oftalmobl. | Panno. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 8 | *idem.* | M. d'Alessandro | 40 | *idem.* | Oftalmobl. oftalm. cron. | Panno ed ul. | Fav. | Nò. | Sana. perchè ulcere fuor di pup. | F. 2. | » |
| 9 | *idem.* | G. Vicedomini. | 60 | *idem.* | Oftalm. | Dilat. a'vasi di cong. e Pt. | Fav. | Nò. | Sanat. e sva. 2 Pterig. | F. 2. | » |
| 10 | *idem.* | R. Germano. | 12 | *idem.* | Oftalm. | Panno inc. | Fav. | Nò. | Si continua la cura della oftalmia. | F. 2. | » |
| 11 | *idem.* | B. Catterino. | 26 | Calabria. | Oftalm. | Pan. inc. ed ulcere. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 12 | *idem.* | A. Janoni. | 36 | Napoli. | Oftalm. | Panno inc. | Fav. | Nò. | Cicat. fuori del centro. | F. 2. | » |
| 13 | *idem.* | G. Caramanico. | 30 | *idem.* | Oftalm. | Panno dens. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| *Questi individui sopra notati hanno compito la cura nel corrente anno.* | | | | | | | | | | | |
| 14 | 6 Nov. | R. Menella. | 30 | Napoli. | Oftalm. | Leuc. a des. staf. a sin. | Fav. a destr. dub. sin. | Nò. | Sanato. | F. 1. | » |
| 15 | 10 *id.* | V. Prisco. | 26 | *idem.* | Oftalmia. | Panno incip. | Fav. | Nò. | Non ha comp. la cur. ma ved. col destro. | F. 2. | Sperim. |
| 16 | 16 *id.* | N. Lacambera. | 64 | *idem.* | Oftalm. | Panno ulcere alla corn. sin. | Fav. | Nò. | Non resta vestigio del male. | F. 2. | » |
| 17 | 30 *id.* | R. Santaniello. | 40 | *idem.* | Oftalm. | Pan. ed ulc. a sinistro. | Fav. a dest. | Nò. | Opac. a sin. | F. 1 — 1. | » |

| | DATA in cui comincia la cura. | NOME e COGNOME. | ETA'. | PATRIA. | INFERMITA' PRINCIPALI. | INFERMITA' ACCESSORIE. | PROGNOSI. | SE ABBIA usato o nò MEDICINE interne. | STATO a cui vennero ridotti GLI OCCHI. | ESITO. | SPERIMENTI. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 Dic. | G. de Gennaro. | 36 | Quarat. P. di Bari. | Oftalmoble. | Panno denso a sin. | Fav. | Nò. | Bene. | F. 2. | » |
| | 2 *id.* | G. Murcio. | 37 | Napoli. | Oftal. cron. | Panno e nub. più a sin. | Fav. | Nò. | Può al 1 feb. ritor. al mest. di sarto. | F. 2. | » |
| | 4 *id.* | F. Pinzoni. | 60 | *idem.* | Oftal. reum. | Cat. incip. | Fav. per oft. | Nò. | Cat. restan. ma oft. sanat. | F. 2. | » |
| | 6 *id.* | R. Musilli. | 23 | *idem.* | Oftalm. | Panno. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| | 8 *id.* | R. Saimo. | 24 | *idem.* | Oftalm. | Panno sem. | Fav. | Nò. | Torna a Brindisi alle milizie. | F. 2. | Sperim. |
| | 15 *id.* | V. d'Asprea. | 32 | Reggio di Calabria. | Oftalm. | Panno e cic | Dubbia per cicatrice. | Nò. | Parte di pup. è libera, e ved. | F. 2. | » |
| | 20 *id.* | A. d'Anno. | 47 | Napoli. | Dopo oftalm. | Panno e cic. | Fav. per cic. fuor di centr. | Nò. | Pupil. liber. | B. 2. | » |
| | 4 Gen. 1817. | B. Spina. | 50 | *idem.* | Oftalm. | Panno e cic. | Fav. a sinis. dubbia a des. | Nò. | Le pupille sono libere da Leucom. | F. 2 la destra. | » |
| | *idem.* | R. Sigillo. | 20 | *idem.* | Oftalm. cro. | Staf. a sin. | Fav. a dest. sin. incur. | Nò. | Lo stafiloma si è ristretto. il destro sano. | F. 1. | » |
| | 10 *id.* | A. Amoroso. | 37 | S. Gio. di Cossari P. Avellino. | Dopo of. sif. | Staf. a sin. e pan. a dest. | Fav. a dest. sin. intern. | Nò. | Ha miglior. il des., ma non si cura. | B. 1. | Sperim. |
| | 12 *id.* | B. Ferrara. | 30 | Napoli. | Oftalm. | Pan. con cic. al centro. | Fav. a dest. dubb. | Nò. | Il des. sano sinistro un pò ingomb. | F. 1. B. 1. | A sin. sp. |
| 29 | 15 *id.* | G. Mezzacapa. | 19 | *idem.* | Oftalm. cro. | Ulc. al centro di cor. a des. | Fav. a sinis. | Nò. | Felice a sin. buon. al dest | F. 1. B. 1. | A sin. |
| 30 | 20 *id.* | L. Rocchi. | 54 | *idem.* | Dopo oftalm. cessata. | Ectrop. sec. | Fav. una forse operaz. | Nò. | Sanato senza tagli. | F. 2. | A destr. |
| 31 | 26 *id.* | G. Pettinati. | 24 | *idem.* | Oftalm. | Panno. | Fav. | Nò tentat. su destro. | San. col sol. | F. 2. | A dest.. |
| 32 | 30 *id.* | T. Renella. | 25 | *idem.* | Dopo oftal. | Cic. e pann. | Fav. al sinis. dubb. a dest. | Nò. | Sinist. sana destr. incur. | F. 1. | » |
| 33 | 8 Feb. | G. Dentale. | 22 | *idem.* | Oftal. cron. | Reum. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 34 | 12 *id.* | V. Somella. | 36 | *idem.* | Dopo oftal. | St. ed amau. a destro. | Fav. a sinis. | Nò. | Ha miglior. ma non sicur. | B. 1. | Esperim. |
| 35 | 20 *id.* | G. Capozzi. | 32 | *idem.* | Oftalm. | Panno incip. | Fav. | Nò. | Risana. | F. 2. | » |
| 36 | 22 *id.* | R. Ricci. | 8 | *idem.* | Oftal. scrof. | Leuc. e cica. al centro. | Fav. | Nò. | Sani. | F. 2. | » |
| 37 | 26 *id.* | R. Papa. | 28 | *idem.* | Oftal. reum | Pupilla artifi. | Fav. per pic. spazio. | Nò. | Nuovamente libera la pup. | F. 2. | » |
| 38 | 28 *id.* | A. Nardulli. | 10 | Napoli. | Oftal. scrof. | Ulc. al cent. | Fav. perchè ulcere piccol. | Nò. | Cicatr. app. visibili. | F. 2. | » |
| 39 | 12 Mar. | T. Semmoli. | 12 | *idem.* | Oftalmia. | Ed ulceri. | Fav. | Nò. | Cicatr. app. visibili. | F. 2. | » |
| 40 | 4 *id.* | S. Ciottola. | 50 | *idem.* | Flusso palp. | » | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |

| Numero. | DATA in cui comincia la cura. | NOME e COGNOME. | ETA'. | PATRIA. | INFERMITA' PRINCIPALI. | ACESSORIE. | PROGNOSI. | SE ABBIA o nò usato MEDICINE interne. | STATO a cui vennero ridotti GLI OCCHI. | ESITO. | SPERIMENTI. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 41 | 4 *id.* | R. d' Amico. | 30 | Napoli. | Oftalmia ed iritide sifilit. | Princ. al des. | Dubbia. | Pill. di Pl. e friz. opp. | Sanati. | F. 2. | » |
| 42 | 9 *id.* | M. Gio. Vacca. | 50 | *idem.* | Oftal. cron. | Panno. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 43 | 12 *id.* | R. Multa. | 50 | *idem.* | Oftalmoblen | Cicat. e cat. incip. | Fav. | Nò. | Cat. sussist. | F. 2. | » |
| 44 | 16 *id.* | L. Bruno. | 24 | *idem.* | Oftalm. | Panno. | Fav. | Nò. | Ha miglior. e non contin. la cura. | B. 2. | Sperim. |
| 45 | 18 *id.* | G. Guarracino. | 30 | *idem.* | Dopo oftal. | Ulc. a'due. | Fav. | Nò. | Cic. piccole non imp. peg. | F. 2. | » |
| 46 | 20 *id.* | P. de Pietro. | 20 | *idem.* | Oftal. Psor. | Ulcere. | Fav. | Nò. | Appen. vest. | F. 2. | » |
| 47 | 25 *id.* | G. d' Amora. | 42 | Forino P. Avellino. | Oftalm. | Ulcere. | Fav. | Nò. | Sano destro miglior. sin. | F. 1. B. 1. | » |
| 48 | 26 *id.* | F. Lamberti. | 50 | Napoli. | Oftalm. | Ulc. e pann. | Dubbia. | Nò. | Cornee fosch. ma pupill. nò. | B. 2. | » |
| 49 | 28 *id.* | G. Murolo. | 16 | *idem.* | Oftalm. | Metast. psor. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 50 | 4 Apr. | G. Barone. | 20 | *idem.* | Oftal. cron. | Panno. | Fav. | Nò. | Quasi sanato ma non cont. la cura. | B. 2. | Sperim. |
| 51 | 8 *id.* | F. Amoroso | 35 | S. Gio. a Tetuccio. | Dopo oftal. | Panno. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 52 | 10 *id.* | R. Cinque. | 28 | Napoli. | Oftalmia. | Sifi. e pann. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | Quantunque niun rim. int. |
| 53 | 15 *id.* | C. Paganella. | 10 | *idem.* | Oftalmia. | Nubecolo. | Fav. | Nò. | Sanato senza traccia. | F. 2. | |
| 54 | 24 *id.* | R. Renzi. | 29 | *idem.* | Oftalmia. | Panno a sup. | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 55 | 26 *id.* | M. L. Glorini. | 22 | *idem.* | Oftalmia. | Ulceri per scrof. | Fav. | Nò. | Sana appena segno di cic. | F. 2. | » |
| 56 | 28 *id.* | D. d' Onofrio. | 33 | *idem.* | Oftalm. | Incip. | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 57 | 29 *id.* | G. Pisco. | 26 | *idem.* | Oftalmia. | Cicatrici al centro sinist. | Dub. a sinis. fav. a destro. | Nò. | Sinist. fosco bisogn. oper. | F. 1. B. 1. | » |
| 58 | 2 Mag. | A. Fiorillo. | 36 | S. Gio. a Tetuccio. | Dopo oftal. | Ulc. a cor. destra. | Dub. a dest. | Nò. | Cicat. non imped. tutta | F. 1. M. 1. | » |
| 59 | 4 *id.* | G. Anastasio. | 26 | Napoli. | Dopo oftalmoblenorrea. | Panno ed ul. a super. | Fav. | Nò. | Ha miglior. ma non si cur. | B. 2. | » |
| 60 | 6 *id.* | R. Lista. | 17 | *idem.* | Dopo oftal. | Leuc. per linf. | Dub. | Fr. Merc. | Il 18 maggio vede senza op. | B. 2. | » |
| 61 | 10 *id.* | G. Marinelli. | 22 | Mola di Bari. | Oftalm. | Panno incip. | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 62 | 10 *id.* | D. de Maria. | 40 | Napoli. | Oftalm. | Panno. | Fav. | Pil. Plen. e cort. Mez. | Ha miglior. ma non cont. | B. 2. | Sperim. |
| 63 | 12 *id.* | P. Manzione. | 31 | Avellino. | Oftalm. | Panno inc. | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 64 | 13 *id.* | G. Tortura. | 26 | Palermo. | Oftalmia. | Cronica. | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 65 | 24 Apr. | G. Ottone. | 40 | Napoli. | Oftalm. | Cicatr. a sin. destro distr. | Dubb. | Nò. | Migliora sin. | B. 1. | » |
| 66 | 14 Mag. | A. Canniti. | 37 | *idem.* | Oftalm. | Panno a 2. | Fav. | Nò. | Dopo 5 gior. migliora. | F. 2. | » |

| Numero. | DATA in cui comincia la cura | NOME e COGNOME. | ETA'. | PATRIA. | INFERMITA' PRINCIPALI. | INFERMITA' ACCESSORIE. | PROGNOSI. | SE ABBIA o nò usato MEDICINE interne. | STATO a cui vennero ridotti GLI OCCHI. | ESITO. | SPERIMENTI. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 67 | 16 *id.* | C. Angeloni. | 21 | *idem.* | Oftalm. | Sifilitica. | Fav. | Nò. | Perfetta sal. | F. 2. | » |
| 68 | 16 *id.* | L. Bucci. | 29 | *idem.* | Oftalm. | Ed ulc. sifil. | Fav. | Pil. Plenk. decozione. | Leuc. rist. sana. | F. 2. | » |
| 69 | 16 *id.* | G. Palmieri. | » | *idem.* | Dopo oftal. | Leuc. a cen. | Dubb. | Nò. | Leuc. rist. migliora. | B. 2. | Sperim. |
| 70 | 16 *id.* | M. Orefice. | 28 | Casoria. | Flusso palp. | » | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 71 | 19 *id.* | R. Barra. | 14 | Napoli. | Dopo oftal. | Cic. a sinis. e panno. | Fav. a destr. | Nò. | Sin. in gom. | F. 1. B. 1. | » |
| 72 | 21 *id.* | M. Adi. | 26 | Procida. | Ambliopia. | Amaurot. | Dubb. per nervi. | Fosf. int. | Migliora. | M. 2. | » |
| 73 | 28 *id.* | L. Rossi. | 24 | Napoli. | Oftalmia. | Ed ulcerc. | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 74 | 29 *id.* | P. Volpe. | 36 | *idem.* | Oftalmia. | Panno e gh. ingrossate. | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 75 | 3 Giug. | T. Acardi. | 9 | S. Gio. a Tetuccio. | Dopo of. scr. | Leuc. per fus. Linfa. | Dubbio. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 76 | 3 *id.* | V. Principale. | 76 | Napoli. | Dopo oftal. | Leuc. per linfa. | Dubbia. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 77 | 3 *id.* | R. Francesa. | 40 | *idem.* | Dopo oftalm. | Panno a des. e sin. dist. | Dubbia. | Nò. | Sanato dest. | F. 1. | » |
| 78 | 5 *id.* | T. Piacenti. | 28 | *idem.* | Flusso palp. puriforme. | » | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 79 | 8 *id.* | A. Ceraso. | 30 | *idem.* | Oftalmia cr. | Panno inc. | Fav. | Nò. | Sanato. | F. 2. | » |
| 80 | 18 *id.* | A. Manente. | 21 | *idem.* | Dopo oftal. | Cicatrici e pup. bassa. | Dub. | Nò. | I leucomi si sono ristret. | B. 2. | » |
| 81 | 20 *id.* | R. de Angelis. | 14 | *idem.* | Oftalmia. | Albugine. | Fav. | Nò. | Rischiarate le cornee. | F. 2. | » |
| 82 | 20 *id.* | N. de Maria. | 35 | *idem.* | Oftalm. | Ulc. a sin. | Fav. | Nò. | Risanato. | F. 2. | » |
| 83 | 22 *id.* | G. Jorio. | 45 | *idem.* | Oftalm. | Incipiente. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 84 | 27 *id.* | M. Nazzari. | 13 | *idem.* | Dopo oftal. | Leucoma a destro. | Potrà acqu. | Nò. | Si ristring. il leuc. e ved. | F. 2. | » |
| 85 | 28 *id.* | G. Stariti. | 35 | *idem.* | Oftalmobl. cessat. | Panno più al destro. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 1. | » |
| 86 | 29 *id.* | F. Maja. | 5 | *idem.* | Dopo oftal. | Stafil. resid. vajoloso. | Si può dist. con Laudan. | Nò. | Si apre e si vuota lo staf. | F. 2. | » |
| 87 | 29 *id.* | G. Ferraro. | 28 | *idem.* | Oftalm. | Sifil. | Fav. | Nò. | Sano era ric. per negligen. | B. 1. | Sperim. |
| 88 | 30 *id.* | M. Santella. | 44 | Sorrento. | Oftalm. | Nubecola. | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 89 | 1 Lugl. | T. Commari. | 21 | Napoli. | Oftal. sifil. | Stafilomi. | Dubbia per staf. | Nò. | Stafil. ristr. ma non cura. | F. 2. | Sperim. |
| 90 | 1 *id.* | F. Tarantina. | 38 | *idem.* | Oftal. idrar. | » | Fav. se sosp. Frizioni. | Nò. | Sana. | B. 2. | » |
| 91 | 1 *id.* | R. Feda. | 10 | *idem.* | Oftalm. | Ulc. e pan. | Dubb. | Nò. | Migliora. | F. 2. | » |

| Numero. | DATA in cui comincia la cura. | NOME e COGNOME. | ETA'. | PATRIA. | INFERMITA' PRINCIPALI. | INFERMITA' ACCESSORIE. | PROGNOSI. | SE ABBIA usato o nò MEDICINE interne. | STATO a cui vennero ridotti GLI OCCHI. | ESITO. | SPERIMENTI. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 92 | 1 *id.* | T. Giardino. | 46 | Milit. di Artiglieria. | Oftalmia. | Sciarpell. | Fav. | Nò. | Miglior. dop. taglio. | B. 2. | » |
| 93 | 1 *id.* | G. Marchese. | 30 | Napoli. | Flusso palp. | Puriforme e cat. incip. | Fav. per flus. | Nò. | Felice ma sus. Catt. | B. 2. | » |
| 94 | 1 *id.* | M. Pavìa. | 30 | Pomigliano d'Arco. | Princip. | d'Amaurosi. | Dubbia. | Fosfor. | Inutile. | Inutil. 2. | » |
| 95 | 1 *id.* | D. Gallo. | 39 | Invalido. | Oftalmia. | Panno. | Potrà aqu. | Nò. | Ha miglior. | B. 2. | Cornee fos. |
| 96 | 4 *id.* | A. Leonardi. | 33 | Palermo. | Flusso palp. | Oftalmia. | Fav. | Nò. | Sana. | B. 2. Cor. fosch. | » |
| 97 | 4 *id.* | V. Satriano. | 26 | Napoli. | Oftalm. | » | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 98 | 4 *id.* | G. Sorrentino. | 24 | *idem.* | Oftalm. | Pan. e cic. | Dubbia. | Nò. | Migliora. | P. 2. | » |
| 99 | 5 *id.* | N. Demajanna. | 50 | Cilento. | Oftalmia. | Cat. incip. | Fav. per oft. | Nò. | Cat. rim. | B. 2. | » |
| 100 | 5 *id.* | C. de Filippi. | 7 | Napoli. | Dopo oftal. | Leuc. ulcer. ed oftalm. | » | Nò. | Migl. le ch. | F. 2. | Acq. marin. |
| 101 | 5 *id.* | Ant. Jannoni. | 40 | Napoli al Camp. | Oftalmia. | Leu. sul des. in alto. | Fav. | Nò. | Sanati e leu. ristretto. | F. 2. | » |
| 102 | 6 *id.* | A. Villo. | 35 | Casoria. | Dopo oftal. | Leuc. a due cure amoll. infel. | Dubbia per Leuc. | Nò. | Sanati ma deve operars. | F. 2. | Sperim. |
| 103 | 7 *id.* | T. Vignola. | 65 | Napoli. | Oftalmia. | Staf. e Leuc. | Dub. a sinis. fav. a destro. | Nò. | Stafil. dim. a sinistro. | B. 2. | » |
| 104 | 7 *id.* | T. Falcinelli. | 25 | *idem.* | Oftalmia. | Leuc. a des. | Dub. a dest. | Nò. | Leuc. ristr. | F. 1. B. 1. | » |
| 105 | 8 *id.* | G. d'Acunzio. | 33 | S. Severino P. Salerno. | Oftalmobl. | Sempl. a des. | Fav. | Nò. | L'occh. des. bene altr. san. | F. 1. B. 1. | » |
| 106 | 9 *id.* | M. Janelli. | 26 | S. Lorenzo a Padula. | Oftalm. per sinistro. | » | Fav. | Nò. | Sana. | F. 1. | » |
| 107 | 9 *id.* | R. Lucarelli. | 37 | Della forza armata. | Dopo oftal. | Leuc. a due. | Dub. per pu. imp. | Nò. | Leuc. dimin. non continua | F. 1. uno san. | » |
| 108 | 9 *id.* | M. Catanzaro. | 36 | Palermo. | Dopo oftal. | Leuc. e cic. a destr. | Dub. | Nò. | Leuc. rist. | E. 2. | Acq. marin. |
| 109 | 23 *id.* | M. Ruggiero. | 15 | Napoli. | Dopo oftal. morbillosa. | Leuc. picc. | Fav. | Nò. | Leuc. invis. | B. 2. | » |
| 110 | 24 *id.* | G. Virgilio. | 60 | Procida. | Dopo oftal. | Leuc. a sin. e cat. incip | Dubbia. | Nò. | Miglio. però le cat. | F. 2. | » |
| 111 | 24 *id.* | V. Esposito. | 60 | Napoli. | Da 7 anni oftalmia croc. | Pterig. sin. ed ectrop. | Dubbia per Leucomi. | Nò ma oc. operaz. | Migl. ma non si cura. | B. 2. | Non si oper. |
| 112 | 25 *id.* | A. Grappone. | 37 | *idem.* | Da 7 anni oftalmoblen. | Con pan. leu., e trich. | Dub. | Nò ma op. | Migl. ma non si cura. | B. 2. | » |
| 113 | 25 *id.* | P. Procolo. | 40 | *idem.* | Oftal. cron. | E cat. incip. | Fav per oft. | Nò cater. operaz. | Sana oftalm cat. restano. | B 2. | Non si op. |
| 114 | 26 *id.* | D. Lazzaro. | 75 | *idem.* | Dopo oftal. | Ulc. e leuc. | Fav. | Nò. | Sanati ma res. leucom. | F. 2. | » |
| 115 | 26 *id.* | R. Mascareti. | 16 | *idem.* | Oftalmia. | Al sin. | Fav. | Nò. | Sanato sini. alt. sano. | F. 1. dest. sano. | » |

| Numero. | DATA in cui comincia la cura. | NOME e COGNOME. | ETA'. | PATRIA. | INFERMITA' PRINCIPALI. | INFERMITA' ACCESSORIE. | PROGNOSI. | SE ABBIA usato o nò MEDICINE interne. | STATO a cui vennero ridotti GLI OCCHI. | ESITO. | SPERIMENTI. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 116 | 27 *id.* | F. Aoneta. | 35 | Napoli. | Amaurosi. | Incip. | Dub. | Fosfo. in 2 maniere. | Nulla. | Inut. 2. | » |
| 117 | 28 *id.* | B. Porcaro. | 25 | Avellino. | Dopo oftal. | Leucoma. | Dubbio per Leucoma. | Nò non si cura. | Migl. ma bis. l'operazione. | B. 2. | Acqua Mar. |
| 118 | 30 *id.* | D. Selvaggio. | 14 | Acerra. | Oftalmia. | Panno nub. a sinistra. | *idem.* | Nò non continua. | Migliora. | B. 2. | » |
| 119 | 31 *id.* | M. G. Potente. | 28 | Napoli. | Oftalmia. | Panno. | Fav. | Nò. | Sanata. | F. 2. | » |
| 120 | 1 Agos. | G. Capasso. | 27 | Melito. | Oftal. cron. | » | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 121 | 1 *id.* | V. Monte Forte. | 25 | Mon. forte di S. Giov. | Oftal. al des. | » | Fav. | Nò. | Sana. | F. 1. B. 1. | » |
| 122 | 18 *id.* | G. Cipoletta. | 25 | Mugnano. | Dol. attorno l'orbita più acerbi la sera. | Sifil. | Dubb. | Sì tar. Em. e Fr. fosf. | Migl. ma non si cura. | B. 2. | Sperim. |
| 123 | 20 *id.* | S. Mussone. | 28 | Napoli. | Amaurosi da 1. anno. | » | Dub. | Fosf. tent. | Inutile. | Inut. 2. | » |
| 124 | 20 *id.* | C. Albano. | 40 | *idem.* | Oftalmia. | Nuvoletta. | Fav. | Nò. | Risana. | F. 2. | » |
| 125 | 23 *id.* | G. Surdo. | 62 | *idem.* | Oftalmia. | Panno a 2. | Fav. | Nò. | Risana. | F. 2. | » |
| 126 | 23 *id.* | T. Renella. | 40 | Secondigliano. | Oftalmia. | Panno con ghian. alter. | Dubbia per viz. cornea. | Nò. | Migliora. | B. 2. | » |
| 127 | 24 *id.* | G. Tumolo. | 20 | Napoli. | Oftalmia. | Picc. stafil. al destro. | Dub. al dest. | Nò. | Sana sinist. destro fosco. | F. 1. B. 1. | » |
| 128 | 26 *id.* | B. Costanzo. | 35 | Invalido. | Oftalmia. | Leucomi. | Dub. | Nò. | Ha miglior. | M. 2. | » |
| 129 | 29 *id.* | G. Sicaro. | 19 | *idem.* | Oftalmia. | Leucomi. | Dub. | Nò. | Miglior. non cont. la cura. | B. 2. | Sper. |
| 130 | *idem.* | F. Pellegrino. | 10 | Napoli. | Oftalm. | Ulc. piccole scrof. | Fav. | Nò. | Si rischiara. | F. 1. | » |
| 131 | 1 Sett. | A. Mileci. | 40 | *idem.* | Dopo oftal. | Leuc. al des. | Dub. | Nò. | Leuc. dimin. vede. | B. 1. altro sano. | » |
| 132 | 7 *id.* | P. Jacusso. | 40 | *idem.* | Oftalmia. | Liev. ed Ambliop. | Dubbia per amaurosi. | Tart. Em. | Oft. sana res. ambl. nervos. | B. 2. | Altro incip. |
| 133 | 10 *id.* | M. Esposito. | 15 | *idem.* | Flus. pal. st. | Purif. a sin. e fist. lagr. a destro. | Sin. fav. dest. inut. | Nò. | Miglio. non cont. la cura. | B. 1. | Sperim. |
| 134 | 12 *id.* | A. Jannone. | 40 | *idem.* | Flus. palp | Con epifora e leuc. picc. | Dub. epif. | Nò. | Migliora. | B. 2. | » |
| 135 | 14 *id.* | D. Costa. | 54 | *idem.* | Oftalmia. | Nub. a dest. | Fav. | Nò. | Sanati. | F. 2. | » |
| 136 | 14 *id.* | A. Benfenati. | 45 | Bologna. | Sif. oftalm. | Pan. ed ulc. al sinistro. | Fav. dest | Nò. | San., e solo fosco a sinist | F. 2. | Trascura. |
| 137 | 14 *id.* | F. Capasso. | 10 | Napoli. | Da oftalmia | Pan. ed ulc. | Dub. | Nò. | Migl. ma non continua. | B. 2. | Sperim. |
| 138 | 14 *id.* | M. Dalifa. | 60 | *idem.* | Oftal. a sin. | Ulc Fung. al dest. con am. cateratta. | Dub. a sinis. incur. destro. | Nò. | Migl. sinist. per ulcere. | B. 1. altro inc. amaur. | » |
| 139 | 20 *id.* | R. Colemma. | 10 | Napoli. | Dopo oftalm. | Leuc., e midr. non pei nervi. | Fav. per vis. | Nò. | Ristret. leuc. vede bene | B. 1. | Inut. altro. |

| Numero. | DATA in cui comincia la cura. | NOME e COGNOME. | ETA'. | PATRIA. | INFERMITA' principali. | INFERMITA' accessorie. | PROGNOSI. | SE ABBIA usato o nò MEDICINE interne. | STATO a cui vennero ridotti GLI OCCHI. | ESITO. | SPERIMENTI. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 140 | *idem.* | A. Bello. | 27 | Sarno P. Salerno. | Oftalmob. | Ipop. a sin. destro distr. | Dub. a sin. | Nò. | Ipopio diss. vede poco ma non si cura. | B. 1. | Sperim. |
| 141 | *idem.* | G. d'Arnò. | 40 | *idem.* | Oftalmia. | Semplice. | Fav. | Nò. | Sana. | F. 2. | » |
| 142 | 22 *id.* | M. Palombo. | 48 | *idem.* | Oftalmia. | Zavorrale e risip. | Fav. | Emet.e mig. | Sana. | F. 2. | » |
| 143 | *idem.* | F. de Rosa. | 31 | Caserta. | Oftalmia. | Rec. con ulc. e staf. incip. | Dub. per cicat. ed ulc. | Nò. | Oper. di P. A. si bagna, e perde spazio. | B. 1. | Bagnas'. |
| 144 | 26 *id.* | P. Pisco. | 2 | Napoli. | Oftal. vajol. | Nubecola. | Fav. | Nò. | Sanato l'altro è sano. | F. 1. | » |
| 145 | *idem.* | M. Morelli. | 1 | *idem.* | Leucoma. | Eccentrico a destr. corn. | Fav. per pu. lib. | Nò. | Sanato, l'altro è sano. | F. 1. | » |
| 146 | 28 *id.* | A. Paris. | 24 | Tiano Ter. di Lav. | Dopo oftal. | Staf. a sinis. Leuc. a destr. | Dubbia ma operabile. | Nò. | Migliora ma non continua la cura. | B. 2. | Sperim. |
| 147 | 1 Ottob. | S. Buono. | 60 | Napoli. | Dopo oftal. | Scorb. ulcer. e leuc. | Fav. | Nò ulceri picc. | Sanati. | F. 2. | » |
| 148 | 4 *id.* | F. Gesiano. | 32 | *idem.* | Aton. o Ptosi. | Dest.con amb. | Dub. | Fosfor. | Inutile. | Inutile 1. | » |
| 149 | 5 *id.* | N. Romano. | 17 | *idem.* | Amaur. inc. | » | Dubb. | Fosforo non assid. | Va lo stesso. | Inutile. | » |
| 150 | 7 *id.* | P. Testa. | 52 | *idem.* | Cat. spuria ambliop. | Varici dopo oftal. sifilit. | Incur. | Pil. Plenk. e frizioni. | Per esperim. | Inutile. | Esperim. |
| 151 | 10 *id.* | R. Spina. | 30 | *idem.* | Oftalmia. | Ed ulc. a sin. distr. destro. | Dubb. | Nò. | Sana e ristr. ulceri. | F. 1. | » |
| 152 | 1 Nov. | A. Fruncillo. | 26 | Centaurano | Oftalmobl. | Ed ipopio al destro. | Dub. a dest. Fav. sin. | Nò. | Destro imp. fosco sin. san. | F. 1. B. 1. | 18 dicembre sanato. |
| 153 | *idem.* | T. Fruncillo. | 8 | Napoli. | Oftalmobl. | » | Fav. | Nò. | Migliora e sanati. | B. 2. | » |
| 154 | *idem.* | R. Cinque. | 9 | *idem.* | Oftalm. | Panno. | » | Nò | Migliora. | B. 2. | » |

*Fine della Tavola VII.*

# TAVOLA VIII.

*Degli Oftalmici ambulanti secondo le varie classi d'infermità da cui erano attaccati.*

INFERMI con TIGNA PALPEBRALE ED OFTALMIA.

| | | |
|---|---|---|
| D. Cocozza. | Con panno. | F. 2. (1). |
| R. Noviello. | » | F. 2. |
| P. Fiore. | » | F. 2. |
| G. Pinto. | » | F. 2. |
| B. Manca. | » | F. 2. |
| C. Cambiase. | Con panno. | F. 2. |
| S. Marangiolo. | » | F. 2. |

(1) F. significa felice, e l'abbiamo scritto quando la vista non è rimasta viziata, e quando l'oftalmia è stata guarita.

INFERMI con TRICHIASI, ED OFTALMIA GRAVE.

| | | |
|---|---|---|
| L. Durso. | Panno. | F. 2. |
| G. Esposito. | Flusso palp. | F. 2. |
| R. Restano. | Ulcere e panno. | F. 2. |
| F. Larocca. | Ulceri e pterig. | F. 2. |
| A. Cardillo. | Cater. incip. | B. 2. (2). |
| T. Ruggieri. | Panno. | F. 2. |
| A. Bitozzi. | Panno. | F. 2. |
| F. Caciuotto. | Oftal. traumatic. | F. 2. |

(2) B. significa esito buono, cioè che gli occhi hanno migliorato, ma vi è rimasto qualche difetto.

INFERMI con TRICHIASI, ED OFTALMIA GRAVE.

| | | |
|---|---|---|
| A. Arena. | Ulcere. | F. 2. |
| G. Bertucci. | » | F. 2. |
| R. de Majo. | Panno. | F. 2. |
| A. Turso. | Panno. | F. 2. |
| V. Esposito. | Non si cura. | B. 2. |
| A. Grappone. | *idem.* leucomi da 7 anni. | B. 2. |

INFERMI per CAUSA DI FLUSSO PALPEBRALE PURIFORME.

| | | |
|---|---|---|
| E. Bonito. | Metast. de'Lochi. | F. 2. |
| M. Trinchese. | » | F. 2. |
| S. Paone. | Con fist., e sciar. non curasi. | F. 2. |
| S. Ciottola. | » | F. 2. |
| L. Jorio. | » | F. 2. |
| M. Orefice. | » | F. 2. |
| G. Marchese. | Cat. incip. | B. 2. |
| A. Leonardi. | » | F. 2. |
| M. Esposito. | Stafilo. e fisto'a trascurata. | B. 2. |
| A. Jannone. | Epif. e Leucom. | B. 2. |

INFERMI PER OFTALMIE CRONICHE,
ne' quali le ulceri,
O IL PANNO NON ALTERAVANO AMBEDUE LE CORNEE.

| | | | |
|---|---|---|---|
| R. Sigillo. | » | Staf. al sin. | F.1 B.1 |
| F. Pinzoni. | » | Lente offu. | B. 2. |
| G. Dentale. | » | » | F. 2. |
| R. Ricci. | » | Cicatrici. | F. 2. |
| P. de Pietro. | Psor. Retroc., e sifil. | » | F. 2. |
| C. Paganella. | | Nubecole. | F. 2. |
| G. Tortura. | » | » | F. 2. |
| R. de Angelis. | » | Nubecola. | F. 2. |
| M. Santella. | » | idem. | F. 2. |
| J. Giardino. | Da 4 anni infermo. | Con sciarp. | F. 2. |
| N. de Majanna. | » | Con cater. incipienti. | F. 2. |
| A. Jannone. | » | Leucom. | B. 2. |
| T. Vignola. | » | St. e leuco. | F.1 B.1 |
| T. Falcinelli. | » | Leucomi. | F.1 B.1 |
| M. Janelli. | » | » | F. 2. |
| M. Rugiero. | » | Leucoma ad un' occhio. | F.1 B.1 |

INFERMI CON RESIDUE OPACITA'
ad ambedue le cornee
SENZA NÈ ULCERI, NÈ PANNO.

| | | |
|---|---|---|
| P. Procolo. | Cater. incipien. | B. 2. |
| R. Mascareti. | » | F. 2. |
| G. Capasso. | » | F. 2. |
| M. Forte. | » | F. 1. B. 1. |
| C. Albano. | Nuvoletta. | F. 2. |
| C. Tumolo. | Staf. al destro. | F. 1. Inut. 1. |
| B. Costanza. | Leucomi. | B. 2. |
| G. Sicaro. | Leucomi | B. 2. |

INFERMI CON RESIDUE OPACITA'
ad ambedue le cornee
SENZA NÈ ULCERI, NÈ PANNO.

| | | |
|---|---|---|
| D. Costa. | Nubec. al destro. | F. 1. B. 1. |
| M. Dalifa. | Fungosità al destro. | F. 1. B. 1. |
| G. d' Arnò. | » | F. 2. |

INFERMI
con
OFTALMIA, ED ULCERI SENZA PANNO.

| | | |
|---|---|---|
| N. Lacambera. | Al sinist. | F. 1. |
| G. Mezzacapa. | » | F. 1. B. 1. |
| A. Nardelli. | » | F. 2. |
| T. Semmoli. | » | F. 1. |
| M. L. Glorini. | » | F. 2. |
| L. Rossi. | Oftalmia cronica ad un occhio. | F. 1. altro sano. |
| F. Pellegrino. | » | F. 2. |
| R. Spina. | Il destro è distr. | F. 1. |

INFERMI
con
OFTALMIA CRONICA, E PANNO.

| | | |
|---|---|---|
| G. Caramanico. | Cat. incipiente. | F. 2. |
| R. Papa. | Oft. dopo P. A. | B. 2. |
| G. Barone. | Non si cura. | B. 2. |
| R. Cinque. | » | B. 2. |
| P. Volpe. | Meimb. ingross. | F. 2. |
| R. Renzi. | » | F. 2. |
| A. Ceraso. | » | F. 2. |
| D. Gallo. | » | F. 2. |
| D. Selvaggio. | Nubecola. | F. 2. |
| G. Potente. | Un' occhio sano. | F. 1. |

INFERMI
con
OFTALMIA CRONICA, E PANNO.

| | | |
|---|---|---|
| G. Surdo. | » | F. 2. |
| T. Renella. | » | B. 2. |
| A. Benfenati. | » | F. 2. |

INFERMI
con
OFTALMIA, E PANNO DENSO, ED ULCERE.

| | | |
|---|---|---|
| G. Murcio. | Con nuvoletta. | F. 2. |
| G. Capasso. | Non continua. | B. 2. |

INFERMI
con
OFTALMIA CRONICA, E PTERIGIO.

| | | |
|---|---|---|
| M. Tedesco. | » | F. 2. |
| G. Vicedomini. | » | F. 2. |
| B. Egizio. | » | F. 2. |

INFERMA
con
OFTALMIA ACUTA, ERISIPELACEA, SAVORRALE.

| | | |
|---|---|---|
| M. Palombo. | » | F. 2. |

INFERMO
con
OFTALMIA ACUTA IN GRADO D' IRITIDE SIFILITICA.

| | | |
|---|---|---|
| R. d' Amico. | Più grave al destro. | F. 2. |

INFERMI
con
CICATRICI, O STAFILOMI PER OFTALMIA PRECEDUTA.

| | | |
|---|---|---|
| E. Varriale. | Una pup. chiusa la destra si vede. | B. 1. oper. 1. |
| N. Lanti. | P. A. necessaria. | B. 2. |
| A. Manente | Leucomi ristretti. | B. 2. |
| T. Somella. | Destro con totale cicatrice. | F. 1. |
| G. Guarracino. | Ulcere eccentrica. | F. 2. |
| F. Amoroso. | Con panno, e cicatrici. | F. 2. |
| G. Pisco. | Cicatrici. | F. 1. B. 1. |
| A. Fiorillo. | Ulcere al destro. | F. 1. offusc. 1. |
| R. Lista. | Cicatrici, e linfa. | B. 2. |
| G. Palmieri. | » | B. 2. |
| T. Acardi. | Linfa versata. | F. 2. |
| F. Maja. | Linfa, e stafiloma recen. | B. 1. |
| C. de Filippi. | » | F. 2. |
| A. Villo. | » | B. 2. |
| A. Rocciola. | Pterigi, e leucom. | F. 2. |
| G. Virgilio. | Cater. incip. | B. 2. |
| B. Porcaro. | » | B. 2. |
| A Mileci. | Un' occhio sano. | B. 1. |
| A. Paris. | Leucoma al destr. staf. al sinist. si trascura. | B. 1. |
| P. Pisco. | Nubec. da vajol. l' altro è sano. | F. 1. |
| M. Morelli. | » | F. 1. B. 1. |
| S. Buono. | Leucomi e Nub. | F. 2. |

INFERMI

con

OFTALMOBLENORREA CRONICA SEMPLICE.

| | | |
|---|---|---|
| G. Murolo. | Psora retrocessa. | F. 2. |
| D. d' Onofrio. | » | F. 2. |
| C. Angeloni. | » | F. 2. |
| G. Jorio. | » | F. 2. |
| G. Ferraro. | » | F. 2. |
| F. Tarantina. | Oft. idrargir. | F. 2. |
| V. Satriano. | » | F. 2. |
| G. d' Acunzio. | Il sin. è sano. | F. 1. |
| T. Fruncillo. | » | B. 2. |

INFERMI CON OFTALMOBLENORREA,

e panno

SENZA NÈ CICATRICI, NÈ STAFILOMI.

| | | |
|---|---|---|
| A. Russo. | Malattia cronic. | B. 2. |
| G. Brancati. | » | F. 2. |
| R. Germano. | » | F. 2. |
| V. Prisco. | » | F. 2. |
| G. de Gennaro. | » | F. 1. B. 1. |
| R. Musilli. | » | F. 2. |
| R. Saimo. | Granul. estraor. | F. 2. |
| G. Pettinati. | » | F. 2. |
| M. G. Vacca. | Il dest. più vizia. | F. 2. |
| L. Bruno. | » | B. 2. |
| G. Marinelli. | » | F. 2. |
| P. Manzione. | » | F. 2. |
| A. Canniti. | » | F. 2. |
| V. Principale. | » | F. 2. |

INFERMI

con

OFTALMOBLENORREA PANNO, E CICATRICI.

| | | |
|---|---|---|
| V. d' Asprea. | » | B. 2. |
| B. Spina. | » | F. 1. B. 1. |
| B. Ferrara. | » | F. 2. |
| G. Capozzi. | » | F. 2. |
| R. Multa. | Caterat. incipien. | B. 2. |
| G. Ottone. | Il destro distrut. | F. 1. |
| T. Commari. | Non cont. la cura. | B. 2. |
| G. Sorrentino. | » | B. 2. |

INFERMI

di

OFTALMOBLENORREA CON ULCERI.

| | | |
|---|---|---|
| M. d' Alessandro. | Panno. | F. 2. |
| B. Catterino. | Ulc. al sin. | F. 2. |
| R. Santaniello. | Ulc. è panno al sinistro. | F. 1. Inut. 1. |
| G. d' Amora. | Ulc. al sinistr. | F. 1. B. 1. |
| F. Lamberti. | Ulc. alla pal. sup. | F. 2. |
| L. Bucci. | » | F. 2. |
| R. Feda. | Panno. | B. 2. |
| N. de Maria. | » | F. 2. |
| F. de Rosa. | Stafilom. ad un' occhio. | B. 1. Inut. 1. |
| R. Stefanile. | P. A. | Inut. 1. F. 1. |

INFERMI

con

OFTALMOBLENORREA, ED IPOPIO.

| | | |
|---|---|---|
| V. Portone. | P. A. sperim. i taglietti. | B. 2. |
| A. Bello. | Destro distrutt. | B. 1. |

INFERMI
con
OFTALMOBLENORREA, ED IPOPIO.

| | | |
|---|---|---|
| A. Fruncillo. | Ipopio al destro. | F. 1. B. 1. |
| G. Mazzocchi. | » | Incur. 1. B. 1. |

INFERMO
di
PTERIGIO, E PANNO DOPO L'OFTALMOBLENORREA.

| | | |
|---|---|---|
| P. Panno. | Speriment. la Pietra. | F. 2. |

INFERMO
con
ECTROPIO ED OFTALMOBLENORREA.

| | | |
|---|---|---|
| D. Luciano. | Curato senza operazione. | F. 2. |

INFERMO
con
ECTROPIO DOPO CESSATA L' OFTALMOBLENORREA.

| | | |
|---|---|---|
| L. Rocchi. | Oftalmoblenorrea cessata. | F. 2. |

INFERMI
con cicatrici,
O STAFILOMI DOPO CESSATA L' OFTALMOBLENORREA.

| | | |
|---|---|---|
| R. Ambrogio. | Leuc. con linfa attorno. | F. 2. |
| R. Menella. | Stafil. al sinist. | F. 1. B. 1. |
| R. Barra. | Cicatr. al cent. | F. 1. B. 1. |
| M. Nazzari. | Da tre anni. | B. 1. |
| R. Locarelli. | Pupil. imped. | B. 2. |

INFERMI
con cicatrici,
O STAFILOMI DOPO CESSATA L' OFTALMOBLENORREA.

| | | |
|---|---|---|
| M. Catanzaro. | Cicatr. al centro. | B. 2. |
| D. Lazzaro. | Leucomi ed ulc. ad un' occhio. | F. 1. B. 1. |
| R. Colemma. | Leuc. al centro e midriasi. | B. 2. |
| A. Almeida. | Panno e congiun. ingrossata. | B. 2. |
| S. Farina. | Panno. | B. 2. |
| A. Jannoni. | Cicatrici fuori della pupilla. | F. 2. |
| G. Stariti. | Stafilom. e panno al destro. | F. 1. |
| A. d' Anno. | Panno, e cicatrici. | B. 2. |
| G. Anastasio. | Panno ed ulcere in alto. | B. 2. |

INFERMO
per
LA PTOSI.

| | | |
|---|---|---|
| F. Gesiano. | Ambliop. al dest. | Inutil. 1. |

INFERMI CON AMBLIOPIA AMAUROTICA
o con
AMAUROSI INCIPIENTE.

| | | |
|---|---|---|
| A. Majo. | » | B. 2. |
| F. Aoneta. | » | Inut. 2. |
| G. Cipolletta. | » | B. 2. |
| P. Testa. | » | Inut. 2. |
| M. Pavia. | » | Inut. 2. |
| V. Jomella. | » | B. 2. |
| S. Mussone. | » | Inut. 2. |
| P. Jacusso. | » | B. 2. |
| N. Romano. | » | Inut. 2. |
| A. di Maria. | Ambliop. amaur. | B. 2. |

*Fine della Tavola VIII.*

# CAPO I.

## TRATTATO DI COROTECNIA.

### *Notizie Preliminari.*

§. 1. Non è raro il caso in cui la vista sia perduta perchè la pupilla è chiusa, o perchè essa è impedita da opacità delle parti, che le stanno dirimpetto restando sani i nervi dell'occhio.

Vista perduta, e nervi sani.

§. 2. Quando la perdita della vista è dipendente da opacità di talune parti questa ha sede, o negli umori, o nel tessuto della cornea.

Sede dell'opacità in questi casi.

§. 3. L' opacità che ha sede nell' umor vitreo dicesi *glaucoma*, locchè costituisce una malattia incurabile.

Del Glaucoma.

§. 4. Quella del cristallino, o de' suoi involucri dicesi *cateratta vera* e questa si tentava rimuoverla dalla pupilla anche ne' tempi antichi.

Della cateratta vera.

§. 5. Se poi nell' umore acqueo si scorge una membranella organica fosca, questa vien nominata *cateratta spuria*. Essa va quasi sempre congiunta ad una occlusione vera della pupilla perchè suole vincolare il margine pupillare dell' iride.

Cateratta spuria che chiude la pupilla.

§. 6. Alcune fiate invece l' opacità, ed il restringimento della pupilla è dipendente da sangue, o da pus versato nell' umore acqueo, ma tali sostanze non la offuscano in modo stabile come nel capo seguente farò conoscere.

Occlusione formata da pus, o da sangue.

§. 7. Finalmente l' opacità della cornea dà origine talvolta ad una occlusione, o dirò meglio ad una occultazione della pupilla, perchè la pupilla rimane aperta, ma è nascosta dalla macchia, che le sta dinanzi, e l' oculista vede non rare volte aprirsi dietro la macchia la pupilla a proporzione della luce in cui trovasi l' occhio.

Occlusione per causa di opacità della cornea.

Casi di occlusione da paralisi. §. 8. Ne' casi descritti finora il sistema nervoso suol essere sano, ma si danno casi in cui egli è tanto viziato da paralisi, che la pupilla per un consenso diviene oltremodo angusta e può dirsi chiusa; in questi casi la cecità dipende dalla paralisi, e non già dall' alterazione della pupilla.

Della atresia in generale. §. 9. Tutte le alterazioni per le quali vedesi ristretta, e chiusa la pupilla vengono da molti oculisti indicate colla parola *atresia*.

Derivazione del vocabolo. §. 10. Il vocabolo è derivato dalla parola *tresis* perforazione e dalla particella negativa *A*, quindi corrisponde al vocabolo *imperforazione* intendendosi sempre che parlasi dell' iride.

Come si possa repristinare la visione. §. 11. Se dunque l' atresia è l' imperforazione dell' iride, ossia l'occlusione della pupilla; ognun vede, che allorquando la perdita della visione dipenderà unicamente dall' imperforazione suddetta sarà possibile repristinare la facoltà di vedere facendo in questi casi una stabile apertura nel piano dell' iride, che dia libero passaggio alla luce sino al fondo dell' occhio.

La voce Core, si usa invece di pupilla artificiale §. 12. Ho già spiegato nel libro I, Annotazione VII. §. 5, che appunto l' apertura formata ad arte nel piano dell' iride per dare libero passaggio alla luce vien chiamata pupilla artificiale, ma gli oculisti moderni per indicarla hanno usato sovvente la voce *core*, che in greco idioma vuol dir semplicemente pupilla; e per comodo di lingua vuolsi con questa voce significare pupilla artificiale.

Cosa s'intenda per coroteenia. §. 13. Nel presente trattato esporrò le regole necessarie a dirigere le operazioni dell' oculista nella formazione della pupilla artificiale, e poichè sembrami aver raccolto una serie di regole sufficienti a ridurre ad arte questo ramo di oftalmiatria ho stimato opportuno intitolarlo, come si legge in fronte derivando il vocabolo coroteenia dalla voce *core* ora spiegata, e da *techne arte*.

L' operazione si chiamerà coropeja. §. 14. L' operazione mediante cui si vuol formare nel piano dell' iride un' apertura per correggere l' atresia si chiamerà *coropeja* dalle voci *core*, e *poieo* formare, e perciò equivale a formazione della pupilla.

Distinzione delle atresie in due classi. §. 15. Per quel tanto, che ho detto a' paragrafi 5, 6 e 7 il mio lettore avrà concepito, che l' atresia può essere cagionata, o da cateratta spuria, o da sostanze fosche versate nella camera anteriore, o da opacità della cornea, o finalmente da paralisi, e che

ciascheduna delle quattro indicate alterazioni può presentare varie forme morbose: ho dunque classificato le atresie distinguendole in due classi. Comprende la prima i casi di occlusione vera della pupilla, e l'altra comprende i casi di occultazione ossia di occlusione apparente della pupilla.

§. 16. Le atresie della prima classe vengono già descritte da molti autori sotto il nome di *sinizesi* vocabolo derivato dalle voci *syn*, insieme, ed *hizeon* sedersi, collegarsi, perchè le varie parti del margine pupillare in questi casi si trovano collegate, e raccolte insieme. Paolo Egineta la chiamò *ftisi* (*v. Lib. III, Cap.* 22.) Cosa s'intenda per sinizesi.

§. 17. Taluni maestri dell'arte e fra i primi Voolhouse hanno proposto distinguere la sinizesi perfetta dalla imperfetta (*Ved.* Richter *Élément. di Chirur. vol. III. Cap. IX. Benedict de morbis oculor. Lib. IX. Demours, Traité des Maladies des yeux. T. I. Sect. V. Chapit. VIII.*). La sinizesi imperfetta vien chiamata propriamente *miosis*, ma sifatta distinzione nel trattare della pratica non mi è sembrata di uso, quindi l'ho abbandonata. Distinzione abbandonata.

§. 18. Per lo contrario mi è sembrato necessario a ben classificare le atresie trovare un vocabolo, che potesse indicare le atresie apparenti, cioè quelle in cui la pupilla trovasi chiusa da una opacità della cornea ed a tale effetto mi sono servito della parola *ceratoscotesi* perchè non ne ho trovata un'altra, che fosse posta in uso, onde esprimere questo vizio della pupilla. Essa deriva dalle voci *keras* cornea, e *scotesis* opacità. Cosa sia la Ceratoscotesi.

§. 19. Lo scopo, che l'oculista si prefigge per rimediare ai varj casi di sinizesi, o di Ceratoscotesi è quello di stabilire un'apertura nel piano dell'iride fatta in cotal guisa, che resti una via libera, e permanente ai raggi luminosi dalla cornea sino al fondo dell'occhio vale a dire sino alla retina. Ciò si può eseguire in tre maniere, o portando via un pezzo dell'iride, o facendo un'incisione in detta membrana, oppure distaccandola in parte dalla coroidea alla quale sta unita col suo margine dentato. Quale scopo si prefigga l'oculista ne'casi di atresia.

§. 20. Tre sono adunque i principali metodi mediante cui possiamo correggere l'atresia, ed i moderni hanno proposto l'uso di vocaboli derivati da voci greche atti ad indicare il metodo con cui si apre la pupilla. Quindi hanno chiamato *Corotomia* l'incisione dell'iride: Tre metodi principali.

*

*Corodialysi*, il distacco dell' Iride perchè *dialisi* deriva da *dialyo*, che vuol dir distaccare.

*Coronectomia*, l' asportazione dell' iride perchè *ektomia* significa tagliar fuori.

Imperfezione de' vocaboli usati per indicare i metodi.

§. 21. Questi vocaboli suonano così bene all' orecchio, e sembrano tanto opportuni a primo aspetto, che io gli adottai con piacere, e me ne sono servito con facilità nel dare le pubbliche lezioni. Però sempre riconobbi in essi qualche grado d'imperfezione considerando che l' iride si tagliava non già la pupilla; e questa membrana era appunto quella che o si distaccava, o si portava via e non già la pupilla; ma confesso, che dapprima allontanai il pensiere, che fossero imperfetti supponendo, che i greci non avessero fatto distinzione fra iride, e pupilla, ma poi avendo conosciuto, che sempre i dotti greci dissero *iris* per significare iride, e *core* per significare pupilla, ho interpretato i vocaboli col dire, che corotomia significava pupilla per taglio, corodialisi pupilla fatta per via del distacco dell' iride e coronectomia pupilla fatta col tagliar fuori l'iride.

Correzioni proposte dagli eruditi.

§. 22. Ora però trattandosi di fissare le idee, ed i vocaboli, che possono dar fondamento ad un trattato di coroteenia ho preso a diligente esame i vocaboli tecnici, ed ho invocato il soccorso de' più dotti grecisti, ch'io conosca; e più d'ogni altro con amore letterario, e vera amicizia mi hanno dato lumi utilissimi i professori D. Francesco Avellino e D. Bernardo Quaranta, ai quali debbo in questo luogo pagare un giusto tributo di riconoscenza: prese dunque a considerare queste idee abbiamo conosciuto, che per esprimersi grecamente si dovrebbe sostituire *ecforocore*, a *coronectomia*:

*Schistocore*, a *corodialysi*.
*Tomocore*, a *corotomia*.

perchè *ekforein* significa portar via; *schizein* distaccare, e *tome* incisione, e perchè si dovrebbe collocare la parola *core* non al principio, ma al secondo posto de' vocaboli.

§. 23. Conosciute regolari queste correzioni, e considerato per altro canto, che le voci suddette non darebbero giusta idea di ciò che si fa nell' occhio, e recherebbero imbarazzo agli studiosi, i quali hanno ormai acquistato l' abitudine di usare i vocaboli indicati più sopra ho creduto migliore espediente usare le semplici voci, *iridotomia*, *dialisi*, ed *ectomia* sottointendendo la parola *iride* ai due ultimi vocaboli quindi si dirà: Semplici vocaboli sostituiti ai primi.

*Irido-Tomia*, il taglio dell' iride.
*Dialisi*, il distacco dell' iride.
*Ectomia*, il taglio dell' iride fuori dall' occhio.

§. 24. In questo modo si può indicare il metodo senza troppo allontanarsi nè dai vocaboli usitati, nè dalle regole della lingua, e come diciamo sinizesi senza dire della pupilla, e diciamo stafiloma, e leucoma, senza dire della cornea, perchè ciò si sottintende, potremo usare altresì gli accennati vocaboli sottintendendo iride, e così conserveremo un linguaggio tecnico utile a fissare le nostre idee, ed a poter trattare le materie, che formano il soggetto dell' arte nostra; e sarà un linguaggio più analogo al greco, infatti i greci, non mai ebbero in uso di formare un vocabolo composto da tre voci, come è il vocabolo *coronectomia*, o da un nome unito ad un participio come è *corodialysi*. Perchè si possano usar queste voci.

§. 25. Il mio lettore avrà più fiate inteso parlare dell' ipopio, e dell' ipoema vocaboli, i quali sono stati posti in uso, per indicare quello stato dell' occhio in cui sotto la cornea si fa raccolta, o di pus, o di sangue. Allorchè usiamo questi vocaboli sempre si sottintende la parola cornea. Il vocabolo ipopio è derivato dalle voci *hypo* sotto, e *pyon* pus o marcia: dunque significa marcia sotto la cornea: similmente ipoema venne usato per significare *hypo* sotto, *haema* sangue, cioè sangue sotto la cornea. Spiegazione del vocabolo ipopio.

§. 26. Il vocabolo ipoema però non è conforme all' analogia osservata dai greci nella composizione delle parole quantunque venga usato da valenti maestri di oftalmiatria perchè derivando esso dalle voci *hypo* sotto, ed *haema* sangue è d' uopo unire le voci *hypo*, ed *haema*, il che facendosi l' *o* della prima voce si. Al vocabolo *ipoema*; si deve sostituire *ifemia*.

apostrofa, ed il *p*, investendosi della aspirazione densa posta sulla prima sillaba della seconda parola cangiasi in *phy* perciò si deve dire *hyphaemia*, e non ipoema, nè sò come autori molto dotti del greco scrivano invece ipoema.

Definizione dell' aplocia dell'iride.

§. 27. Prima di terminare questo capo debbo definire un fenomeno, che osserviamo talvolta ne' casi di ectomia. L' oculista osserva che dopo aver tagliato via notabile porzione dell' iride si presenta una pupilla artificiale assai picciola, e ciò ha luogo perchè la membrana dell' iride è formata da pieghette, che facilmente distendonsi, e perciò viene ad occupare il campo della pupilla, questa distensione dell' iride, la quale perde le sue pieghe si può esprimere colla parola *aplocia dell' iride*, dispiegamento dell' iride, iride senza pieghe e viene formata dalla voce *plicos* piega, unita alla particella negativa A.

Perchè si spiegherà la patologia delle atresie.

§. 28. Esposte queste nozioni preliminari passo ora dilucidare la patologia delle atresie, le quali formano l' oggetto della corotecnia.

---

# CAPO II.

## *Patologia della Sinizesi.*

§. 1. Ho detto, che la *sinizesi* è l' occlusione vera della pupilla ( *vedi cap. I. §. 16.* ). Chiunque non ignora essere la pupilla un foro situato nel centro della membrana dell' iride intenderà, che se la detta membrana si distende, ne deriva per necessità il restringimento della pupilla. Tale fenomeno osservasi negli occhi sani, quando una luce viva irrita la retina, poichè allora si espande la membrana dell' iride, ma cessata appena la detta irritazione ritornando essa allo stato regolare la pupilla si riapre. Come si formi il restringimento della pupilla.

§. 2. Ciò posto ne viene che se uno stato irregolare de' nervi produce espansione dell' iride vale a dire se un interno stimolo eccita la retina a quel modo, che la ecciterebbe una luce viva, l'iride si espande, e sorge la *sinizesi nervosa* nel qual caso l' iride restringe il margine pupillare senza concorso evidente di umori, che la distendano, e senza vincoli solidi, che tengano chiusa la pupilla. Origine della sinizesi nervosa.

§. 3. La sinizesi può essere distinta in varj generi, io la distinguo in accidentale in permanente, ed in complicata. Tre generi di sinizesi.

§. 4. Chiamerò *sinizesi accidentale*, quel restringimento vero della pupilla, il quale, non essendo prodotto da un difetto permanente può dissiparsi senza la coropeja, e può cedere alle cure interne. Cosa s'intenda per sinizesi accidentale.

§. 5. Nominerò *sinizesi permanente*; quel restringimento vero della pupilla, che dipende da un vizio organico, nè può essere curato per via d'interni medicamenti, nè dalle forze della natura. Questa specie di sinizesi dipende, o da paralisi confirmata, o da cateratta spuria, che lega il margine pupillare dell' iride. Cosa si nomini sinizesi permanente.

§. 6. Distinguerò finalmente col nome di *sinizesi complicata* quel restringimento vero della pupilla, che dipende da cate- Cosa s'intenda per sinizesi complicata.

ratta spuria, e va congiunto a qualche difetto, o delle parti vicine alla pupilla, o de' nervi.

Quattro specie di sinizesi accidentale.

§. 7. Le varie specie di *sinizesi accidentale* possono ridursi a quattro, e sono:

*Sinizesi nervosa.*
*da attuale iritide.*
*da attuale ipopio.*
*da attuale ifemia.*

Sinizesi accidentale nervosa.

§. 8. La *sinizesi accidentale nervosa* non è che un sintoma della paralisi del sistema nervoso dell' occhio; ed in questo caso se il sistema de' nervi sarà felicemente curato, la sinizesi cesserà, ma se la paralisi si confermerà il sintoma darà luogo alla sinizesi permanente.

Sinizesi accidentale da iritide attuale.

§. 9. La *sinizesi accidentale da iritide attuale* è un sintoma, o piuttosto una conseguenza dell' infiammazione dell' iride; infiammazione, che i moderni hanno descritto chiamandola iritide (*vedi* Gio. A. Schmidt *nachstaar und iritis*. Beer. Benedict). In questi casi l' iride viene distesa dal sangue, il quale concorre a riempire i copiosi suoi vasellini, e gli distende, e così tutta la membrana si espande, e la pupilla diventa ristretta ed immobile.

Segni di questa.

§. 10. Questa specie di sinizesi si conosce facilmente perchè accompagnata da dolori, che hanno sede nel contorno dell' orbita; la pupilla vedesi ristretta, e l' occhio molto iniettato di sangue, molto sensibile alla luce, manda fuori molte lagrime; se però l' iritide viene troncata al suo primo apparire tosto cessa la sinizesi.

Sinizesi da ipopio attuale.

§. 11. La *sinizesi accidentale da ipopio attuale* è sovvente uno stadio dell' iritide, altre volte è la conseguenza dell' infiammazione della coroidea, o de' legamenti cigliari. Ho veduto di fatti qualche volta infiammarsi l' iride, e poi formarsi degli ascessi, che si aprivano sotto la cornea, e versavano il pus nel lume della pupilla, ed altre volte s' infiammava la coroidea, o s' infiammavano i legamenti cigliari, e suppuravano in guisa che il pus aveva origine dalla camera posteriore, e vedevasi discendere in

basso, e cadere nella camera anteriore dopo avere attraversato il lume della pupilla; ma in tutti questi casi anche l'iride era infiammata.

§. 12. In caso d'ipopio la sinizesi ha luogo perchè la materia purulenta stimolando la superficie dell'iride produce restringimento del margine pupillare, ed occupa il residuo lume della pupilla, tale sinizesi non è però durevole, mentre la suddetta materia essendo fluida, o viene assorbita, e si dissipa, oppure diventando acre, e corrosiva distrugge le parti, che la circondano e fa screpolare la cornea, e così induce distruzione dell'occhio; abbiamo osservato, che la detta materia quantunque venga assorbita lascia una membranella opaca visibile nel lume della pupilla, la quale costituisce una specie di sinizesi permanente, di cui parleremo più sotto. Io nulla aggiugnerò intorno ai caratteri di questa sinizesi perchè è facile riconoscere l'esistenza del pus sotto la cornea.

Cause prossime di questa sinizesi

§. 13. Allorchè la sinizesi accidentale è dipendente da *attuale ifemia* scorgesi del sangue invece di pus sotto la cornea, e la sinizesi verrà denominata *accidentale da ifemia*. Il sangue in questi casi ingombra il lume della pupilla mediante il suo color fosco, ed anche urta l'iride, e la obbliga ad espandersi. Questa effusione di sangue suol dipendere da una soluzione di continuità accaduta nell'iride, o nella sua periferia dove trovandosi grosse arterie cigliari, quando son lacerate, queste mandano molto sangue nella camera anteriore: l'ifemia adunque è conseguenza di ferite profonde dell'occhio, ed osservasi spesse fiate nel tempo della coropeja, ma in questi casi il sangue, o esce ben tosto coll'umor acqueo, oppure viene assorbito, e se ciò accade non ha luogo una sinizesi permanente.

Sinizesi accidentale da ifemia.

§. 14. Dalla descrizione delle varie specie della sinizesi accidentale chiaro apparisce, che per la cura di queste alterazioni non sarà d'uopo ricorrere alla coropeja, ma si dovrà nel primo caso curare la paralisi, in due altri casi sarà necessario troncare l'infiammazione, onde far cessare l'iritide, o l'ipopio, e nel quarto caso si dovrà aver cura di fare uscire il sangue dalla camera anteriore. Ma queste cure verranno spiegate adeguatamente a tempo opportuno; frattanto

La coropeja non ha luogo in caso di sinizesi accidentale.

passo a discorrere della sinizesi permanente, la quale forma uno de' principali oggetti nel presente trattato.

Casi della sinizesi permanente.

§. 15. Ho già spiegato più sopra al §. 5, che la *sinizesi permanente* è un restringimento vero della pupilla, il quale ha la sua origine, o da cateratta spuria, oppure da paralisi confirmata del sistema nervoso dell' occhio.

Opinione degli oculisti sull' origine della cateratta spuria.

§. 16. Siccome addiviene talora, che la sinizesi permanente con cateratta spuria sia stata preceduta da iritide, così gli oculisti i quali hanno veduto formarsi la sinizesi permanente soltanto in questi casi hanno creduto, che la cateratta spuria in tutti i casi altro non fosse, sennonchè una falsa membrana originata da infiammazione grave, in quel modo stesso, che dall' infiammazione grave del peritoneo, o della pleura si generano false membrane sulle intestina, o sui polmoni.

Osservazioni, che mi hanno fatto dubitare dell' opinione adottata.

§. 17. Io aveva adottata questa opinione, la quale sembravami giusta, e conforme alla patologia generale; ma avendo osservato più fiate, che la cateratta spuria si era formata senza, che avesse preceduto l' iritide, ed avendo notato altri fenomeni, i quali solamente possono spiegarsi, quando si ammetta l' esistenza d' una membrana tenuissima nel contorno della pupilla, mi parve inesatta la spiegazione adottata circa l' origine della cateratta spuria.

Membrana acquea descritta dagli anatomici.

§. 18. A quest' epoca gli anatomici Demours, e Deschemet pubblicarono la descrizione di una membrana acquea ( *Vedi* Cloquet *Traité d'Anatom. Tom. II. Art. VIII* ), dicendo, che la membrana dell' umore acqueo è sottilissima perfettamente diafana, e difficile a distinguersi dalle parti vicine. Aggiungono, ch' essa tapezza tutta la interna parete della cornea, e l' anteriore superficie dell' iride, ove è forata a livello della pupilla. Pretendono questi autori, che nell' embrione essa rappresenti un sacco senza apertura al luogo della pupilla, e che non penetri affatto nella camera posteriore.

Improbabilità, che la membrana acquea abbia questa forma.

§. 19. La prima idea, che mi venne in leggendo l' esposta descrizione, si fu che quella non è consentanea al tipo osservato dalla natura, quando separa un umore, e lo racchiude dentro qualche organo, poichè suol destinare una membrana, che tutto

lo investe, e serve alla secrezione, ed assorbimento; nè potrei concepire per qual ragione la natura avesse dato questa membrana all'acqueo della camera anteriore, e non a quello della camera posteriore, e mi restava a conoscere perchè questa avesse un foro nel luogo della pupilla, nè gli scopritori hanno indicato se questo foro si aprisse, e si chiudesse a norma del vario diametro della pupilla; dubbiezze, le quali sembrar potrebbero a taluno o metafisiche, o troppo astratte.

§. 20. Io domando pertanto quali ragioni adducano i dotti, onde provare, che la detta membrana non si estenda nella camera posteriore? Null'altro al certo sennonchè nelle loro indagini non l'hanno veduta estendersi oltre il livello della pupilla, ma il non vederla non fa pruova, che non esista, perchè sappiamo quante cose siensi scoperte oggi, le quali erano sfuggite alle diligenti indagini de' nostri predecessori, e la stessa parte anteriore della membrana di cui si parla era sfuggita alle indagini de' migliori anatomici. Basterebbe, dunque che la parte posteriore fosse più tenue della anteriore, onde potesse sfuggire alle nostre indagini.

Le pruove che la membrana non si estenda alla camera posteriore sono insufficienti.

§. 21. Conoscendo la difficoltà di poter vedere questa membranella negli occhi non viziati de' cadaveri ho notato con attenzione i varj fenomeni, che si presentano all' oculista quando le parti vicine a questa membrana vanno sottoposte alla infiammazione, ed ho conosciuto, che sotto il processo infiammatorio si presentano dei fenomeni, i quali non si possono spiegare se non se ammettendo, che la membrana acquea si estenda fino entro la camera posteriore, e posso dire senza tema di errare che il processo patologico ci presenta sott' occhio la porzione posteriore della membrana acquea, quando ingrossandola, e quando gettandovi adosso delle materie dense.

Fenomeni d'infiammazione che possono indicare la forma della membrana acquea.

§. 22. Gli oculisti, i quali pensavano, che la cateratta spuria fosse una membranella di nuova formazione, credevan che avesse origine dall' infiammazione dell' iride, per causa di un prolungamento delle sue arterie, e di un versamento di materia albuminosa, che senza mescolarsi coll' umor acqueo, e senza gettarsi nel fondo di esso si addensasse prendendo forma di una membranella pupillare; ma se troviamo la cateratta spuria siccome

Spiegazione data dagli oculisti sull' origine della cateratta spuria.

*

ho già detto in molti casi ne' quali l'iride non è stata infiammata cade subito tutto l'appoggio di questa teoria.

Come si formi la cateratta spuria, ne' casi in cui l'iride non è infiammata.

§. 23. Noi vediamo formarsi la cateratta spuria senza che l'iride sia stata per nulla infiammata in tutti que' casi ne' quali una porzione del margine pupillare dell'iride si è unita alla cornea nel tempo della guarigione di un ulcere esistente su quetsa membrana, perchè osserviamo costantemente che la pupilla residua viene occupata da una cateratta spuria; infatti esaminando il corso di queste malattie ho notato, che giammai l'iride era stata infiammata, e che nel tempo della cicatrizzazione si rende visibile una membranella, la quale partendo dalla cicatrice della cornea va ad occupare la residua pupilla, e penetra fino dentro alla camera posteriore attaccandosi al margine pupillare, ed all' uvea.

Come si possa spiegare tale origine ammettendo, che la membranella acquea penetri nella camera posteriore.

§. 24. Questo fenomeno non può spiegarsi sennonchè ammettendo, che la membranella acquea, la quale viene spinta dall'umor acqueo, e dall' iride in questi casi entro la parte esulcerata della cornea si addensi, perchè si raccoglie in picciolo spazio, e perchè riceve dai contorni dell' ulcere un materiale denso nel tempo del processo adesivo, e ben s' intende, che questa membranella non poteva esser generata dall' iride, perchè non era stata infiammata, e se questa dalla cornea fosse stata generata come sembrerebbe più probabile, non si potrebbe spiegare, come si distenda a foggia d' imbuto per entro alla pupilla, a meno, che non preesistesse una membranella, su cui la materia separata dalla interna superficie della cornea potesse spandersi, e penetrare fin dietro l'uvea, poichè senza tale appoggio il materiale separato dalla cornea discenderebbe piuttosto al basso, e formerebbe una escrescenza irregolare carnosa, ma non mai si verserebbe in alto, e dietro l' uvea per formare una cateratta spuria.

Figura, ed estensione della membranella acquea.

§. 25. Da questi fatti io concludo, che la membranella acquea visibile nella camera anteriore sulla interna superficie della cornea e sulla anteriore dell' iride, si deve estendere, certamente sul margine pupillare, e nella camera posteriore, ove riveste l' uvea, indi si volge sulla parte anteriore de' legamenti cigliari, e della cassula contenendo così tutto l' umore acqueo tanto nella camera anteriore, come nella posteriore.

§. 26. Ammessa questa forma, ed estensione della membrana acquea si spiegano tutti i fenomeni, che osserviamo ne' casi d'infiammazione dell' iride, o di ulceri profonde della cornea, e quel tanto, che osserviamo ne' casi di ernia dell' iride e di sinizesi consecutiva alle operazioni della cateratta, siccome esporremo più sotto, laonde possiamo dire, che in tutti questi casi la patologia dimostra all' oculista l' estensione di questa membrana facendola ingrossare sotto agli occhi dell' osservatore in quella parte che era sfuggita finora all' esame dell' anatomico. Varj fenomeni che si spiegano ammettendo la indicata forma ed estensione della membrana acquea.

§. 27. In fatti noi vediamo la membrana acquea discendere vestita di pus, e portarsi nella camera anteriore ne' casi d' ipopio e contenere la materia puriforme e distribuirla su d' un piano occupante l' intera pupilla. Noi la vediamo in caso d' iritide senza ipopio stendersi ad occupare la pupilla, ed attaccarsi all' uvea, ed a tutto il margine pupillare dell' iride raccogliendo nella sua superficie una quantità di linfa che la offusca, e la rende manifesta, linfa, che nel corso dell' iritide viene versata dalla superficie villosa dell' uvea, e si spande sulla membrana acquea del margine pupillare assieme con qualche particella del pigmento nero separato in copia per l'azione accresciuta del tessuto vascolare dell' uvea: così vediamo in caso di ulcere vasta, o di ernia dell' iride trascurata, o mal medicata fondersi a poco a poco della linfa su questa membrana, la quale concorre ad offuscar la residua pupilla, e detta linfa si addensa, e vincola l' uvea, ed il margine pupillare alla contiguà membranella acquea ed alla cornea senza che l' iride sia stata infiammata; similmente in caso d' ifemia permanente il sangue trova in questa membrana un appoggio su cui stendersi, e coagularsi occupando tutto il lume della pupilla. Aspetto della sudetta membrana in caso d'ipopio.

§. 28. Si consideri in fine, che allorquando non vi fosse la membranella acquea le cateratte spurie dovrebbero svilupparsi con lentezza, ed occupare picciola porzione della pupilla ne' primi momenti, e se il processo infiammatorio venisse troncato al suo cominciare, le cateratte spurie dovrebbero rappresentare delle picciole membranelle ossia una specie di creste elevate sul contorno della pupilla, e non ancor giunte ad occuparne tutto il lume, ma se ben si osserva non mai s' incontrano questi ru- Forme che dovrebbero avere in certi casi le cateratte spurie.

dimenti di cateratta spuria, e sempre la cateratta spuria, e nel suo cominciare, e nel suo sviluppo, e quand' anche l'iritide viene troncata sempre vedesi estesa su tutto il lume della pupilla; come se la pupilla fosse occupata sempre da una membranella diafana, la quale si facesse vedere ogni qual volta un materiale fosco si venisse a spandere sul lume di essa, o fosse questo pus, oppure sangue, o linfa concrescibile.

Difficoltà dedotte dalla descrizione ammessa più sopra.

§. 29. Qui mi verrà opposto; che a norma della descrizione da me data della membranella acquea quantunque essa veste il margine pupillare, non è però estesa su tutto il lume della pupilla nello stato di sanità come lo sono le cateratte spurie. A che risponderò, potersi facilmente concepire, come la membranella acquea si stenda ad occupare tutto il lume della pupilla, in caso d' iride alterata perchè detta membrana occupa una grande superficie, e quindi scende facilmente, e si distende per quanto risponde al lume della pupilla; tanto più che nelle varie dimensioni della pupilla sana essa deve agitarsi, e cangiare posizione, e che in tutti i casi d' iritide, d' ipopio, di ernia dell' iride, e di sinechia la pupilla s' impicciolisce almeno per alcun tempo, e quindi porta quasi a contatto il contorno pupillare della membrana acquea. Aggiungasi, poi l' effetto del peso delle materie versate su di essa, e lo stimolo che debbono recarvi, e l' addensamento, che vi cagionano, e s' intenderà, che allora facilmente la detta membranella resterà col suo contorno pupillare, assai ristretto ed anche agglutinato, ed occuperà tutto il lume della pupilla.

Ora si potrà spiegare l' origine della sinizesi.

§. 30. Esposte le pruove, che dimostrano quale sia l' estensione, e la forma della membranella acquea, che ha tanta parte nella formazione della sinizesi permanente intraprendo a spiegare l' origine, e la forma delle varie specie di questa infermità.

Sei specie di sinizesi permanente.

§. 31. Ponendo mente alle cause prossime, che danno origine alla sinizesi permanente io la distinguerò in sei specie, e sono:

*Sinizesi permanente da paralisi.*
idem. *da iritide preceduta.*
idem. *da ipopio preceduto.*

idem. *da ifemia preceduta.*
idem. *da preceduta operazione di cateratta*, ossia *sinizesi lenta.*
idem. *da aplocia dell' iride.*

§. 32. La *sinizesi permanente da paralisi* è conseguenza di una paralisi confermata, ho detto più sopra al §. 8, ed ho spiegato nel (*Capo I.* §. 8.), che la sinizesi nervosa si presenta talvolta, come sintoma della paralisi incipiente, o della ambliopia amaurotica, ed allora viene chiamata sinizesi accidentale nervosa, e quando poi la paralisi è diventata confermata, ed incurabile, se il difetto della pupilla persiste, esso costituisce la sinizesi permanente da paralisi. In questi casi la pupilla vedesi ristretta, ma la porzione che ne rimane aperta vedesi per lo più libera da qualunque materiale, ed è diafana in guisacchè l'occhio potrebbe ancora discernere molti oggetti, quando fossero bene illuminati, se il difetto nervoso non fosse la causa della perdita della visione. Natura della sinizesi permanente da paralisi.

§. 33. La *sinizesi permanente da iritide preceduta* è conseguenza della accidentale da iritide quando questa sia stata, o mal curata, o negletta perchè nel corso dell' iritide molta linfa esce fuori dai vasi arteriosi dell'iride e particolarmente dall'uvea, tanto ricca di vasellini, e questa si raccoglie, e si addensa sulla membranella acquea dando così origine alla cateratta spuria. Qualità della sinizesi permanente da iritide.

§. 34. Quando sia cessata l'iritide non è facile giudicare dalla semplice ispezione dell' occhio, se questa infiammazione abbia avuto luogo, e se abbia cagionato la sinizesi permanente; ma esaminando con attenzione si vedrà la pupilla molto ristretta, ed il residuo lume di essa occupato da cateratta spuria lucida, e levigata, la quale non si estende nella camera anteriore, siccome addiviene quando abbia preceduto l'ipopio. In questi casi si osserva, che non vi è distanza fra la superficie dell' uvea, e quella della cateratta spuria, poichè tal membranella è tanto agglutinata all'uvea, che l' iride non si può muovere, e quindi la pupilla ha perduto i suoi movimenti. Si osserva inoltre, che la residua pupilla non è più circolare, ma angolosa e l' iride è sovvente attaccata alla superficie della lente in guisa, che vedesi depressa in varj punti. Aspetto dell' occhio in questi casi dopo l' iritide.

La membranella, che costituisce la cateratta spuria non sempre rappresenta un sol piano, nè dappertutto è di ugual densità; ma sembra formata da varj triangoli, o da strisce fosche le quali attraversano il lume della pupilla, e ne legano insieme varj punti; è però da osservarsi che queste membranelle sempre costituiscono uno strato membranoso, il quale occupa tutta la pupilla.

Indizii, che si possono avere dall' infermo.

§. 35. Oltre i segni indicati ora, che bastano per un oculista; interrogando l'infermo potremo conoscere, che l'iritide ha preceduto poichè egli attesterà di avere perduto la vista dopo una dolorosa infiammazione dell' occhio, accompagnata da lagrimazione abbondante, sensibilità eccessiva alla luce, e dolori lungo le diramazioni del quinto pajo.

Cause dell'iritide.

§. 36. Le indisposizioni che determinano l'iritide sono la sifilide o l' idrargirosi, o l' artritide, o le traumatiche affezioni, e principalmente quelle che dipendono da operazioni, o di coropeia, o di cateratta.

Pericolo, che il sistema nervoso sia viziato.

§. 37. Se la sinizesi permanente è stata causata da iritide l'oculista dovrà con somma diligenza esaminare lo stato de'nervi, poichè nel corso dell'iritide è facil cosa, che il sistema nervoso dell' occhio resti viziato, ovvero per cagione de' dolori, i quali possono esaurire la sensibilità nervosa, ovvero per cagione di quel materiale mandato fuori dalle arterie infiammate, e che è visibile nel lume della pupilla quando l' iride è stata infiammata, ma che può in un modo consimile uscir fuori dalla superficie villosa della ruischiana, ed alterare anche la sensibilità della retina.

Sinizesi permanente da ipopio.

§. 38. La *sinizesi permanente da ipopio preceduto* sempre viene preceduta dalla sinizesi accidentale dello stesso genere, e benchè il pus sia stato assorbito e l' infiammazione sia terminata si può conoscerne la causa prossima perchè la cateratta spuria conserva un colore giallognolo, nè suole essere fatta a triangoli, ma ha nella sua superficie delle striscie giallognole più o meno dense, e la detta cateratta spuria passa dalla camera posteriore nell' anteriore discendendo, come faceva il pus, che ne è stata la causa, essa va anche unita ad una deviazione della pupilla perchè la materia purulenta nel passare dalla camera posteriore alla parte inferiore della camera anteriore fa discendere la pupilla mediante il

suo peso, ed a tutti questi indizj lasciati dal pus non rare volte si aggiunge una tinta giallastra visibile nella parte interna, ed inferiore della cornea, ove quel materiale, quando vi fa dimora, lascia sempre qualche vestigio di se.

Si può vedere il pus.

§. 40. Questi indizj basteranno ad un oculista per giudicare che sia preceduto l'ipopio, ma potrebbe anche darsi, ch'egli arrivasse a tempo di vedere il pus non ancora assorbito, ed allora gli sarà più facile conoscere, che da questo materiale ebbe origine la sinizesi permanente.

Varia sede dell'infiammazione.

§. 41. Le cause di questa sinizesi sono le stesse, che quelle dell' iritide, ma vi è maggiore intensità d' infiammazione, poichè l' ipopio non è che una conseguenza di un' infiammazione grave o dell' iride, o della coroidea, o de' processi cigliari. Allorchè l' ipopio viene originato da ascessi dell' iride i nervi si trovano sani, ma quando il pus viene separato dalla coroidea, o dai processi cigliari infiammati; i nervi si trovano indeboliti perchè queste parti sono molto vicine alla retina; e le loro alterazioni influiscono sulla detta membrana nervosa.

Sinizesi permanente da ifemia.

§. 42. *La sinizesi permanente da ifemia preceduta*, rare volte s'incontra, se mai questa ha luogo la caterratta spuria è un residuo del sangue versato sulla membrana acquea, ed ha un aspetto villoso di colore alquanto fosco rossiccio, simile al colore della corteccia di china, o di cannella.

Rari esempj di tale sinizesi.

§. 43. Questa specie di sinizesi è tanto rara, che quantunque io abbia osservato l' ifemia in moltissimi casi di coropeja, in un solo, essa ha prodotto la cateratta spuria, e se qualche altra volta l' ifemia avea preceduto la sinizesi, io mi accertai, che vi era stata anche iritide, e la cateratta spuria avea tutti i caratteri di quelle cagionate da iritide, ma non da ifemia semplice.

Operazione preceduta.

§. 44. Nel caso in cui l' ho osservata i nervi erano sani perchè l' iride non era stata infiammata e l'ifemia era conseguenza della coropeja, questo caso venne osservato nella persona di Francesco Benevento del quale darò la storia in questo libro medesimo ( *Vedi la Storia VI.* ).

Altre cause possibili.

§. 45. La cagione di questa sinizesi potrebbe anche essere una traumatica affezione di altro genere, vale a dire essa potrebbe deri-

vare, o da una ferita casuale, o da una artificiale, che si fosse eseguita p. e. nel tentare la depressione della cateratta urtando l' iride distaccandola dalla coroidea, e lasciando nell' occhio il sangue, che si versa in gran copia ogni volta che l' iride viene distaccata nella sua periferia.

Sinizesi consecutiva alle operazioni di cateratta.

§. 46. Quando la depressione della cateratta è stata eseguita osservammo qualche volta una lenta formazione della sinizesi, la quale venne molto ben descritta dal valente Professore Scarpa, ( *Sagg. di osservaz.* ec. ) io l' ho osservata più fiate, e l' ho veduta qualche volta sorgere altresì dopo un' estrazione della cateratta, la quale sembrava felicemente riuscita, in guisa che si sarebbe potuto credere, che questa specie d'infermità, potesse in qualche caso togliere il frutto delle più belle operazioni sorgendo all' improvviso e senza cagione.

Causa prossima di questa sinizesi.

§. 47. Ora s'intenderà perchè io l'abbia denominata *sinizesi permanente consecutiva all' operazione della cateratta o sinizesi lenta.* Questa alterazione dell'iride esaminata con attenzione mi ha dato a conoscere che un'iritide lenta è la causa prossima da cui essa vien prodotta, perchè suole essere consecutiva a quelle operazioni in cui l' iride è stata alquanto contusa, e suole incominciare quando l' infermo credendosi già guarito si espone alla luce viva. Allora essendo l' iride sensibile, egli sente della molestia per l' impressione della luce, indi un senso di peso all'occhio e dolori sordi nel contorno dell'orbita, la pupilla s'impicciolisce, la vista diventa imperfetta, ed a poco a poco la pupilla si restringe moltissimo, e rimane angusta anche ne'luoghi oscuri, il margine pupillare si fa dentato ed una linfa versata dall' uvea viene ad occupare tutto il resto della pupilla, e compie la formazione di una sinizesi permanente che rende quasi nulla la forza della vista, però in questo caso siccome l' iritide è lenta, e poco grave la retina suol conservare la sua forza visiva.

Sinizesi permanente da aplocia.

§. 48. *La sinizesi permanente da aplocia dell' iride* è sempre consecutiva alla coropeja imperfetta, l' iride, che si espande viene a contatto colle parti vicine, ed a poco a poco i suoi estremi si agglutinano per causa d' una tenue infiammazione adesiva, e si uniscono o fra loro, o colla coroidea, o colla vicina cornea in

guisa che non rimane traccia della pupilla, che si era tentato di aprire.

§. 49. In questo caso la sinizesi ha luogo senza che l'operazione abbia cogionato iritide, e perciò la retina si trova tanto sana dopo l' aplocia, quanto lo era prima dell'operazione. Stato della retina.

§. 50. Mi restano ora a descrivere le varie specie della sinizesi permanente complicata, e qui ricorderò in primo luogo che questa risulta da cateratta spuria con sinizesi congiunta a qualche altro vizio delle parti vicine alla pupilla, oppure de' nervi. ( *Vedi* §. 6. *più sopra* ) i casi di tal genere si riducono a cinque specie; e sono: Della sinizesi, e cateratta spuria congiunta ad altre affezioni dell' occhio.

*Sinizesi complicata* con *amaurosi*, o *ambliopia amaurotica*.
con *sinechia*, e *lente sana*.
*lenta* con *sinechia*, e *privazione di Lente*.
con *cateratta secondaria simile alle sinizesi lenta*.
con *cateratta vera*.

§. 51. *La sinizesi complicata con amaurosi*, o *ambliopia amaurotica* risulta dalla cateratta spuria congiunta a paralisi dei nervi, essa è più difficile a conoscersi, che quella nervosa permanente, o accidentale semplice di cui ho parlato più sopra §. 8. §. 52. poichè essendo in questo caso occupata la residua pupilla da cateratta spuria non è facile giudicare se la perdita della visione sia dipendente dalla cateratta spuria; o piuttosto da vizio de'nervi, ma esporrò i segni di queste complicazioni, quando parlerò della diagnosi da farsi prima di venire all' operazione ( *Vedasi più sotto la spiegazione del precetto III. Cap. VII.* ). Cosa sia la sinizesi complicata con amaurosi.

§. 52. Per *sinizesi complicata con sinechia*, e *lente sana* intendo quel restringimento della pupilla, che trae origine da un tessuto organico, il quale non solamente vincola, e chiude il margine pupillare dell' iride, ma altresì unisce qualche porzione di questa membrana alla cornea, gli oculisti sogliono indicare col nome di sinechia l'unione dell'iride alla cornea, e col nome di sinizesi l'occlusione della pupilla, dunque in questi casi am- Della sinizesi con sinechia, e lente sana.

*

bedue queste alterazioni morbose trovansi insieme congiunte; ma ordinariamente una picciola parte dell' iride è quella che trovasi congiunta alla cornea, e si veggono de'tratti membranosi, i quali partono dal luogo dove l'iride è attaccata alla cornea, e penetrano per la residua pupilla dentro la camera posteriore a segno di giugnere a legarsi col margine pupillare, e coll' uvea.

Causa prossima di questa sinizesi.

§. 53. La causa prossima di queste sinizesi è sempre una soluzione di continuo cagionata da ulceri, o da ferite della cornea, quindi essa và sempre congiunta a cicatrice della cornea, locchè potrebbe far confondere questa specie di sinizesi colla ceratoscotesi, ma devesi por mente, che in questo caso il leucoma è fuori del lume della pupilla e la vista viene impedita dalla cateratta spuria, e dallo stato della pupilla ristretta.

Corso dell' oftalmia, che produce la sinizesi con sinechia.

§. 54. Per meglio dilucidare l' origine di questa sinizesi descriverò il corso dell' oftalmia, che suole produrre le ulceri da cui ha origine la malattia. Quando l'oftalmia è così grave, che produce ascesso dentro la cornea, questo si apre, e cagiona ulcere profonda, la quale distrugge in parte le lamelle, che la circondano, e penetra fino entro la camera anteriore facendone vuotare l' acqueo, allora l'umore della camera posteriore spinge l' iride contro la parte esulcerata della cornea e se questa è lontana dal centro la pupilla viene portata verso la periferia della cornea si deforma, e si restringe, in seguito poi quando l' oftalmia viene al suo termine sviluppasi il processo adesivo nei margini dell'ulcere, e questi restringendosi vincolano l'iride, egli è appunto in questo momento, che una linfa concrescibile si presenta ad ingombrare il lume della pupilla prendendo aspetto di una membrana pupillare; e se è vero, che la membrana acquea esiste possiamo ammettere, che una linfa versata dai margini dell' ulcere si versi sulla membranella acquea, e la renda opaca, e visibile, che se detta membranella non esistesse si dovrebbe vedere la sua formazione per gradi, e talvolta si dovrebbe trovare non ben formata, ed occupante picciola porzione della pupilla a guisa di picciole creste, altre fiate poi estesa a tutto il lume della residua pupilla, ed atttaccata all' interno dell'iride, cioè all' uvea.

§. 55. Faccio notare al mio lettore, che in questi casi, mai ho veduto formarsi la cateratta spuria incominciando o dalla cornea o dall'uvea, ed acquistando poi maggiore estensione a norma della durata o dell' intensità dell' infiammazione adesiva, ma sempre essa si è mostrata fin dal suo incominciare estesa su tutto lo spazio, che dovea occupare; ed a misura, che la cicatrice della cornea si compiva diventava più densa, e più visibile siccome ho spiegato ai §§. 17, 21 e seguenti. Estensione della cateratta spuria fin dal suo nascere.

§. 56. Ho detto più sopra, che *la sinizesi con sinechia e lente sana* potrebbe avere altresì origine da una ferita della cornea, ma il caso è rarissimo; e per lo più dipende da ulcere profonda della cornea, la ragione si è che se trattasi di una ferita fatta ad arte questa pratica non ha luogo, che quando vuolsi distrugger la cateratta, o quando si vuole vuotare l' umor acqueo per mitigare un' oftalmia, e nel primo caso la lente non sarà sana, quindi il caso non appartiene a questa specie di sinizesi, nel secondo poi suol farsi una ferita così picciola, che non può dar luogo ad un'ernia dell'iride, e se mai la detta sinizesi dovesse esser prodotta da ferita accidentale della cornea queste ferite sogliono penetrare a tal segno che sempre, o la lente, o almeno la casula ne rimane offesa, ed allora la sinizesi anderebbe congiunta a cateratta vera. Rare volte questa sinizesi può essere causata da ferita della cornea.

§. 57. Un' altra specie di sinizesi molto somigliante a quella descritta poco fa viene a formarsi dopo l'estrazione, o la depressione della cateretta, ma allora abbiamo il caso di *sinizesi complicata con sinechia, e mancanza di lente* se questa ha luogo essa si forma per lo più in que'casi in cui è stata tentata l'estrazione della lente per la cornea, qualche volta però ho veduto questa sinizesi dopo la ceratonisi; ma il caso è rarissimo, ed ha luogo soltanto quando nell' atto di deprimer la lente sia stata fatta grande apertura nella cornea. Della sinizesi con sinechia, e privazione di lente.

§. 59. Questa specie di sinizesi è molto simile alla sinizesi lenta ma vi è di più la sinechia, e si và formando nel modo, che ora spiegherò. Si può chiamare sinizesi lenta con sinechia.

§. 60. Quando a motivo di una delle due operazioni accennate la cornea è stata molto aperta, se l' uomo assoggettato all'operazione è irrequieto, o se il processo adesivo tarda a compiere il Formazione di questa sinizesi.

suo corso, l' iride s' insinua entro la ferita della cornea, la quale suol trovarsi vicina alla periferia e la pupilla si allontana dal centro, indi ne' varj movimenti contraendosi l' occhio, ognor più l'umor acqueo della camera posteriore spinge l' iride fra i lembi della cornea ferita, e produce restringimento della pupilla, e quando sorge un processo adesivo ne' margini della ferita l'iride si vincola ognor più strettamente alla cornea, e s' incominciano a vedere membranelle pupillari, che dalla cicatrice si estendono entro la pupilla.

Grado di visione conservata.

§. 61. Oltre alla lentezza di sua formazione è cosa molto singolare in questi casi che quantunque la pupilla sia ristretta, sia eccentrica ed occupata da cateratta spuria ciò non di meno l'occhio discerne molti oggetti anche a notabile distanza.

Lentezza con cui venne obliterata la visione.

§. 62. Sono stato sorpreso vedendo persone, che aveano sofferto ernia dell' iride dopo l' estrazione delle cateratta, e che quaranta giorni ed anche due mesi dopo l' operazione aveano la pupilla bensì vicina alla cicatrice della cornea, ma aperta, e diafana, e che poi hanno perduto in gran parte la ricuperata vista perchè dopo quest' epoca si è manifestato un processo infiammatorio adesivo e si è impicciolita la pupilla, ed è insorta una cateratta spuria con sinechia, che ha obliterata la pupilla.

Momento in cui si forma tale sinizesi.

§. 63. Ho notato, che se l'occhio ripristinato nella visione per via di un' estrazione di cateratta susseguita da ernia dell' iride viene esposto ad una luce troppo viva, quando il processo adesivo della cornea è appena incominciato, oppure quando il detto processo non sia totalmente estinto; l'uomo soffre molesta impressione ed un senso di stiratura, e di peso entro l' occhio si fa sentire, il processo d' infiammazione adesiva persiste, anzi si aumenta, e si vedono vasellini pieni di sangue nel contorno della ferita, la cicatrice si addensa, ed a poco a poco la pupilla si restringe, ed il margine pupillare dell' iride si lega ogni giorno più colla cicatrice della cornea, e questa si consolida. Nel corso di questa lenta infiammazione adesiva quasi impercettibile, si presenta per lo più una tenuissima membranella distinta in varj triangoli, i quali hanno la base dentro la residua pupilla, e l' apice alla cicatrice della cornea, io credo che questo strato membranoso

composto da fibre, oppure da laminette triangolari altro non sia fuorchè la membrana acquea spalmata da una linfa concrescibile, la quale viene separata dai contorni della cicatrice per l' azione del processo adesivo, tutto ciò è analogo a quel che si osserva nella sinizesi lenta permanente.

La cateratta spuria si forma senza infiammazione dell' iride.

§. 64. Ecco un caso in cui la cateratta spuria si forma senza che l' iride sia stata notabilmente infiammata, e si presenta tutta ad un tratto estesa fin dentro la camera posteriore, nè mai vedesi prolungarsi per gradi dalla cornea fin dentro la camera posteriore, ma soltanto più si addensa quanto più a lungo persiste l' infiammazione adesiva.

Distinzione fra la sinizesi, e la ceratoscotesi lenta.

§. 65. Quando la residua pupilla è nello stato testè descritto se essa non viene occultata dalla cicatrice della cornea l' occhio discerne molti oggetti perchè la cateratta spuria è tenuissima. Se per lo contrario la cicatrice opaca della cornea occulta dietro a se la residua pupilla, allora il morbo deve portare il nome di *ceratoscotesi* come diremo nel *Cap. III.*

Complicazione non considerata finora.

§. 66. Ho supposto finora, o che la lente fosse sana, o interamente distrutta, e perciò non ho descritto i casi in cui la cateratta spuria va unita a porzioni opache, o di lente, o di cassula.

Della sinizesi complicata con cateratta secondaria.

§. 67. La *sinizesi complicata con cateratta secondaria* offre un'esempio di questo vizio, questa suole presentarsi dopo un'operazione di cateratta mal riuscita, o dopo una ferita della cornea penetrante fino entro alla lente cristallina in cui restino rimpetto alla pupilla porzioni opache di lente, o di cassula.

Cause prossime di questa sinizesi.

§. 68. Le cause prossime di questa sinizesi sono o l' ernia dell' iride, o l'iritide, nel primo caso essa si forma come la sinizesi lenta con sinechia, e nel secondo come la sinizesi permanente causata da iritide, ma sempre qualche porzione di lente offuscata, che trovasi nell'occhio concorre a render più densa la cateratta spuria, bisogna dunque, che questi casi sieno stati preceduti da operazione di cateratta eseguita con imperfezione.

Regola, che si prenderà dall' operazione preceduta.

§. 69. In questi casi l' oculista avrà una regola per giudicare della qualità della cateratta che si presenta, quando saprà se siavi preceduta la depressione per la cornea, oppure l' estrazione, poichè in questo caso la cateratta secondaria non suol essere com-

posta, che da porzioni di casula agglutinate colla cateratta spuria; ma quando è stata tentata la semplice depressione ai sudetti materiali si aggiugne altresì il nucleo della lente, il quale per lo più trovasi vincolato alla cateratta secondaria.

Alterazioni da temersi quando l' iride è vincolata alla cateratta secondaria, e non alla cornea.

§. 70. Quando esiste la cateratta secondaria, e la pupilla vedesi chiusa per via di sinechia allora l' iritide non suole esser preceduta, ma quando non vi è sinechia e la pupilla trovasi ristretta perchè l'iride stà agglutinata alla cateratta spuria vi sarà a temere o che l' iride sia strettamente unita alla coroidea, oppure, che vi sia complicazione di vizio nervoso; ( Ciò si spiegherà più sotto nella dilucidazione del *precetto III. Cap. VII.* ) perchè sicuramente avrà preceduto violenta iritide.

Quando vi sia complicazione con cateratta vera.

§. 71. Finalmente potrebbe la *sinizesi permanente* andar congiunta alla *cateratta vera*, locchè ha luogo in que' casi ne'quali l'infiammazione dell'iride che ha dato origine alla cateratta spuria si è estesa fino ai legamenti cigliari, o quando la sinizesi sia stata cagionata da una ferita dell' occhio, che sia penetrata fino entro la sostanza della lente.

Come si conosce la cateratta vera.

§. 72. In questi casi se la pupilla fosse perfettamente chiusa l' oculista non potrebbe conoscere tale complicazione se non dopo la coropeja, ma poichè sempre ella è aperta in qualche parte si potrà vedere la cateratta vera, che trasparisce attraverso alla cateratta spuria, e che è di un colore giallastro opaco, il quale dà indizio di questo difetto, e più ci darà indizio di tale complicazione la molta difficoltà, che avrà l'uomo nel discernere i corpi ad esso vicini, e bene illuminati. Ma parlerò più precisamente di questa complicazione, allorchè avrò esposto il trattato della cateratta vera nel libro III.

Prospetto delle sinizesi.

§. 73. Presento ora il prospetto delle tre classi di sinizesi di cui si è parlato finora, e sono.

## SINIZESI ACCIDENTALE

*Nervosa*, *ossia* da *paralisi.*
idem...da *iritide attuale.*
idem...da *ipopio attuale.*
idem...da *ifemia attuale.*



## SINIZESI PERMANENTE

*Nervosa*, *ossia* da *paralisi.*
idem...da *iritide preceduta.*
idem...da *ipopio preceduto.*
idem...da *ifemia preceduta.*
idem...da *operazione di cateratta preceduta*, *ossia con distruzione di lente.*
idem...da *aplocia dell' iride.*



## SINIZESI PERMANENTE COMPLICATA

idem...con *paralisi.*
idem...con *sinechia e lente sana.*
idem...con *sinechia e privazione di lente.*
idem...con *cateratta vera.*
idem...con *cateratta secondaria.*

Operazioni che si potranno descrivere in questo trattato.

§. 74. Io descriverò nel presente trattato le operazioni, che si possono praticare ne' casi di sinizesi permanente in cui sia sana la lente, e sani i nervi, poichè nella sinizesi accidentale non occorre istituire operazioni, siccome ho detto più sopra §. 14., e allorquando i nervi sieno viziati la coropeja è inutile, inoltre avviso il lettore che pria di trattare de' casi in cui vi è complicazione di cateratta vera, debbo pubblicare il trattato sulla cateratta, il quale appartiene al terzo libro.

# CAPO III.

## *Patologia della Ceratoscotesi.*

Come si possa classificare la ceratoscotesi.

§. 1. Ho detto più sopra, che l' occultazione della pupilla dipendente da qualunque opacità della cornea dicesi *Ceratoscotesi* ( *Vedi Cap. I.* §. 18. ). Questo vizio può venire distinto in un modo analogo a quello addottato per la sinizesi; divisione, la quale mi sembra opportuna a designare, e distinguere tutte le alterazioni possibili della pupilla.

Della ceratoscotesi accidentale.

§. 2. Nel corso di qualche oftalmia non è raro il caso in cui un ascesso, un ulcere, qualche nubecola, o finalmente un leggiero panno venga ad offuscare il tessuto della cornea. Queste alterazioni costituiscono adunque quattro specie di *ceratoscotesi accidentale*, poichè essendo elleno prodotte e mantenute in vigore dall' oftalmia, al cessare di questa, o finiscono oppure danno origine a qualche specie di *ceratoscotesi permanente* degenerando come spiegherò or ora.

Ceratoscotesi da ascesso della cornea.

§. 3. L' *ascesso* della cornea è sempre conseguenza di oftalmia grave, e sorge o ne' casi di oftalmia scrofolosa o ne' casi di grave oftalmoblennorrea. Per quanto ho potuto conoscere, esso dipende dal pus separato al contorno di talune arterie infiammate vicine alla cornea e penetrato fra le lamelle di questa membrana. È facile intendere che il detto materiale essendo opaco, e giallastro può rendere opaca la cornea verso il centro, e così recando impedimento alla pupilla può causare la *ceratoscotesi;* ma il pus, che ha sempre una qualità corrosiva non può stare a lungo entro le lamelle della cornea, e le corrode, e le distrugge, e così si fa strada fuori dell' occhio lasciando un ulcere, più o meno grande.

Ceratoscotesi da ulcere della cornea.

§. 4. L' *ulcere* della cornea si conosce perchè osservando la detta membrana di profilo, e ben da vicino si veggono degl'infossamenti e delle ineguaglianze, le quali indicano all' esperto

oculista una soluzione di continuità. Inoltre dalla superficie delle ulceri esce continuamente un umore di color cinereo, il quale dà questa sua tinta alla superficie dell' ulcere, e quasi sempre vedesi uno o più vasi sanguigni, che penetrano fino al suo fondo, e sembrano vasellini di nuova formazione, che dalla superficie della sclerotica si prolungano fin sulla cornea, e vanno dentro l' ulcere.

§. 5. Allorchè l' oftalmia non sia molto grave, oppure vi sia una irritazione alla superficie della cornea, che non sia giunta a distruggere notabile porzione di detta membrana, accade che fra le sue laminette invece di pus si versi della linfa cinerea, ed in questo caso non essendovi soluzione di continuità la *ceratoscotesi* dipende da *nubecola*, la quale può facilmente dissiparsi quando venga prontamente rimossa l'oftalmia, o la causa irritante. Io credo, che gli oculisti abbiano chiamato nubecola questa leggiera opacità della cornea sì perchè il suo colore, e la sua forma è simile ad una tenue nube, ed altresì perchè può facilmente dissiparsi, come la nube. Ceratoscotesi da nubecola.

§. 6. Il *panno* anche leggiero non è così facile a dissiparsi, come i tre morbi testè descritti, poichè esso è conseguenza di grave infiammazione, la quale determinando un movimento irregolare, ed attivissimo ne' vasellini, che circondano la cornea fa sì che il globo sanguigno penetri ne' vasellini sierosi, e che si presentino vasellini sanguigni ove prima non se ne vedevano affatto, i detti vasellini costituiscono una rete più o meno densa entro la sostanza della cornea, e versando una linfa cinerea dalla lor periferia formano insieme a questa linfa uno strato fosco nelle laminette superficiali, che costituisce il panno della cornea. Ceratoscotesi da leggiero panno.

§. 7. Questo panno per lo più si dissipa quando cessa l' oftalmia principalmente se è leggiero, ma se è profondo, e composto da grossi vasellini, allora non si dissipa così facilmente, ecco perchè il solo panno leggiero poteva esser classificato a questo luogo. Quando non si dissipi facilmente.

§. 8. Dalla descrizione delle quattro specie di *ceratoscotesi* accidentale s' intende, che sono queste conseguenze di attuale oftalmia e che potendo venir dissipate mediante la cura delle In questi casi non conviene tentare la coropeja.

ostalmie non converrà usare la coropeja, ma delle cure di queste forme morbose si terrà discorso nel quarto libro.

Quattro specie di opacità, che danno origine alla ceratoscotesi permanente.

§. 9. La *Ceratoscotesi permanente* dipende, o da leucoma, o da stafiloma, o da panno incurabile, o finalmente da pterigio situato rimpetto al campo della pupilla; e come l'opacità in questi casi viene costituita da un tessuto organico, perciò chiamasi *Ceratoscotesi organica*, o *permanente*, dicendosi *leucomatosa* quella che dipende da leucoma, *stafilomatosa* quella che dipende da stafiloma, e *Ceratoscotesi da panno* quella, che vien formata dal panno siccome diremo *Ceratoscotesi Pterigoidea* quella, che da Pterigio trae la sua origine. Onde spiegare la patologia della Ceratoscotesi permanente descriverò ora l'origine, e natura delle quattro accennate specie di opacità.

Cause prossime del leucoma.

§. 10. Se il leucoma altro non è che una cicatrice della cornea, ne viene per conseguenza, che deve esser preceduto da soluzione di continuità cagionata, o da ulcere, o da ferite occupanti la sostanza della suddetta membrana.

Caratteri del leucoma.

§. 11. Non sarà difficile conoscere il *leucoma* allorchè l'oculista conosca le altre opacità della cornea. Questa macchia ha un colore biancastro perlino simile alla tinta della sclerotica, nel centro vi si scorgono delle fibre, che sembrano aponeurotiche, e quasi sempre nel luogo del leucoma la superficie della cornea è alcun poco *depressa*, ma tutta la cornea conserva la sua forma regolare, nè esce dal suo livello ordinario. Se poi l'oculista avrà notizia precisa del corso della malattia, che ha prodotto il leucoma avrà egli riconosciuto l'esistenza di una soluzione di continuo nella cornea.

Linfa, che osservasi nel contorno del leucoma.

§. 12. Quando il leucoma si esamini con attenzione si vedrà, che verso il suo centro è molto denso, ma nel contorno la tinta è come sfumata, e passa al colore cinereo proprio della nubecola. Difatti se il leucoma è recente, e principalmente quando sia causato da ulceri; nel di lui contorno la cornea è offuscata da una linfa cinerea; la quale può facilmente essere dissipata mediante l'uso di opportune medicine, ma il tessuto del centro, che dipende da formazione di cicatrice, resta offuscato, nè può venir dissipata l'opacità per via di medicamenti.

§. 13. Il leucoma, che deriva da ulceri della cornea si comincia a formare, quando le ulceri incominciano a guarire, e quando l'oftalmia è al suo termine; anzi talvolta le ulceri non si cicatrizzano, che assai tempo dopo che l'oftalmia sembra guarita: allora si sviluppa una infiammazione adesiva ai contorni dell'ulcere, e la superficie diventa striata per le fibre componenti il tessuto della cicatrice, e la cornea si fa opaca, e biancastra a proporzione che le dette fibre si consolidano, locchè reca molta sorpresa alle persone volgari; mentre veggono guarire l'occhio, e perdersi la vista, quando speravano tutto all'opposto, che la cornea si rischiarasse. In questi casi il leucoma suole avere una figura quasi circolare, ed è circondato da nubecola. Formazione della cicatrice dopo le ulceri.

§. 14. Allorchè il leucoma deriva da ferite se queste sono semplici, e prodotte da stromenti taglienti, esso è ristretto, e lungo perchè rappresenta la ferita che lo ha prodotto. Quando poi sia dipendente da ferita contusa, oppure da ustione è sempre tondeggiante, ed è circondato da nubecola della cornea, questa sorta di leucomi distinguesi da altri generati da ulcere spontanea perchè la loro superficie è più scabra ed ineguale. Aspetto de' leucomi prodotti da ferite.

§. 15. Qualunque sia l'origine e la qualità del leucoma, se occuperà in tutto o in parte il lume della pupilla, potrà esser classificato fra le ceratoscotesi permanenti e darà occasione alla coropeja soltanto nel caso in cui esso occupasse una porzione della superficie della cornea, ma quando la occupasse tutta intera, la ceratoscotesi produrrà una cecità incurabile. Avverta bene il lettore, che allorquando il leucoma fosse fuori del campo della pupilla non essendo impedita la visione non avrebbe luogo la ceratoscotesi di cui si tratta, ed il vizio dell'occhio sarebbe un leucoma, che non potrebbe chiamarsi *ceratoscotesi leucomatosa* perchè la pupilla resta sana. Quando il leucoma produca ceratoscotesi sanabile, oppure incurabile.

§. 16. Siccome le ulceri, che hanno dato origine al leucoma sono qualche volta estese, e profonde, così danno in questi casi origine ad un'ernia dell'iride, che porta fuori del centro la pupilla e la obbliga ad occultarsi sotto il leucoma quantunque si trovi alla periferia della cornea; ed ecco in qual modo un Quando un leucoma della periferia produca ceratoscotesi.

leucoma della periferia indur possa la *ceratoscotesi*; ma per lo più accade che il margine pupillare dell' iride si leghi alla cornea e si vesta di una cateratta spuria, la quale dà origine ad una ceratoscotesi complicata siccome dirò più sotto.

Ceratoscotesi stafilomatosa.

§. 17. La *Ceratoscotesi stafilomatosa* non differisce da quella descritta finora se non perchè la pupilla viene occultata, o in tutto o in parte da uno stafiloma, anzicchè da un leucoma.

Etimologia della parola stafiloma.

§. 18. I greci hanno derivata la voce stafiloma da *stafile uva* perchè nello stafiloma sembra, che un granello d' uva sia stato posto sopra l' occhio ed esca in fuori.

Definizione dello stafiloma.

§. 19. Difatti si chiama *stafiloma* qualunque elevazione, o parziale o totale, oltre il livello regolare della cornea, e gli antichi hanno chiamato stafiloma anche l' elevazione dell' iride oltre il livello della cornea, ma questo difetto viene dai moderni distinto col nome di *ernia dell' iride*. Diremo adunque, che lo stafiloma ha luogo qualunque volta la cornea è prominente o tutta, o in parte oltre il livello, ch' essa suole avere nello stato sano.

Due origini degli stafilomi.

§. 20. Gli stafilomi hanno origine in due modi, vale a dire, o la cornea esce dal suo livello regolare perchè molte delle sue lamelle sono state distrutte, e le più profonde non possono contenere l'umor acqueo, e vengono spinte fuori dal livello regolare per l'azione de' muscoli, i quali muovono, e contraggono l' occhio; oppure esce dal livello per causa di un infiammazione e di un aumento di volume morboso. È facile concepire che allorquando i vasellini, che nutriscono la cornea sono infiammati, quella aumentata vitalità può aumentare la secrezione del materiale nutritivo, e così dà origine ad un aumento di volume nella cornea per cui questa esce dal suo regolare livello, e cangia di forma e si fa molto estesa, ed elevata senza, che vi sia ulcere.

Stafiloma causato da un'ulcere vasta.

§. 21. Lo stafiloma prodotto da un ulcere vasta, e profonda; finchè questa è aperta vedesi trasparente, la sua superficie è ineguale nel contorno, e manda continuamente una linfa saniosa che toglie in parte la di lui trasparenza, e quando l' ulcere si cicatrizza allora esso diventa opaco, ed acquista l' aspetto bianco

perlino simile in tutto a quello del leucoma; unicamente differisce in ciò che la parte opaca della cornea è elevata oltre il livello regolare.

§. 22. Sovvente addiviene, che in qualche parte dello stafiloma vedesi un vaso sanguigno, o qualche gruppo di vasi sanguigni, che percorrono la cornea e penetrano la sostanza dello stafiloma, come ne' casi di panno, ma questi vasellini sanguigni si osservano sempre quando vi sono ulceri della cornea, e quindi si veggono tanto per entro ai leucomi come per entro agli stafilomi. Vasi sanguigni visibili dentro lo stafiloma

§. 23. Questa è l'origine più comune degli stafilomi, i quali se sono piccioli si elevano in forma di coni sopra la cornea rimanendo di figura sferica, e regolare tutto il rimanente di questa membrana, e se poi sono grandi allora il rimanente della cornea che gli circonda prende la forma conica dello stafiloma, e sebbene questa parte sembri diafana, essa manca della regolare trasparenza per causa del cangiamento di sua figura senza contare quella opacità, che è dipendente dalla linfa versata ne' contorni degli stafilomi. Se poi l'ulcere, che produce gli stafilomi è così vasta, che ricopre tutta la superficie della cornea, allora l'opacità della cicatrice essendo estesa su tutta la cornea rende incurabile questa ceratoscotesi. Forma della cornea ne' contorni degli stafilomi.

§. 24. Talune fiate addiviene che lo stafiloma invece di essere causato da una sola ulcere vasta, trae la sua origine da due, o tre, ed anche quattro picciole ulceri della cornea tutte separate fra loro, ed appena le interne lamelle sono uscite dal livello regolare sorge l'infiammazione adesiva, si versa della linfa concrescibile alla superficie dell'ulcere, e gli stafilomi si cuoprono di cicatrice, e si consolidano. In questi casi veggonsi due, o tre piccioli stafilomi prominenti sulla cornea, i quali rappresentano non più un acino, ma quasi un grappoletto d' uva, e vennero chiamati *stafilomi racemosi*. Stafilomi racemosi.

§. 25. Ordinariamente la parte più elevata degli stafilomi, e principalmente degli stafilomi racemosi, è meno opaca del loro contorno, perchè la linfa concrescibile si raccoglie in maggior copia alla base degli stafilomi, e ciò maggiormente si osserva quando gli stafilomi sono piccioli e son molti perchè allora la Apice degli stafilomi, e linfa raccolta alla base loro.

detta linfa si raccoglie fra l'uno, e l'altro, e mentre offusca la base lascia scoperto l'apice, il quale vedesi appena rivestito da tenuissima cicatrice.

Degli stafilomi che si formano senza ulcere della cornea.

§. 26. Alle volte, siccome ho detto al §. 20 veggonsi degli stafilomi, formati senza che la cornea sia stata esulcerata. In questi casi la suddetta membrana sempre cangia di figura, ed invece di rappresentare una porzione di sfera rappresenta un cono, perchè a poco a poco essa cresce in superficie, ed anche in volume.

La corneitide è causa de' stafilomi.

§. 27. Gli stafilomi prodotti da aumento di volume sono effetto di una infiammazione della cornea, che i moderni chiamano *corneitide*. Ordinariamente questa infiammazione ha sede ne'vasellini sierosi, che compongono gran parte del tessuto di questa membrana, e tanto si distendono, e separano tanta linfa, che la cornea aumenta di volume, diventa conica, e nella sua superficie si offusca, perchè si presentano varj gruppi di vasellini sanguigni sottilissimi, e da questi si versa una linfa densa, ed opaca, la quale raccolta in varj punti forma delle macchie giallognole, e talvolta rappresenta come de'piccioli ascessi. Questi gruppi sanguigni, e questa linfa costituiscono una specie di panno, ma poichè la cornea è profondamente infiammata, ed aumentasi di volume così essa prende la forma conica dello stafiloma, e si offusca la pupilla principalmente nel centro in guisacchè dopo cessata la corneitide rimane la stafiloma, che costituisce una *ceratoscotesi permanente*.

Due specie di stafilomi.

§. 28. Ne' casi della corneitide or descritta veggonsi entro la cornea gruppi di vasellini sanguigni, e linfa versata ne' loro contorni, e lo stafiloma, che risulta da questa infiammazione è molto opaco principalmente nel centro; ma vi è una specie di stafiloma, il quale è diafano.

Dello stafiloma diafano senza ulcere della cornea.

§. 29. La *stafiloma diafano* rare volte si osserva. In questo caso la cornea prende a poco a poco la figura conica senza che abbiano luogo nè ascessi, nè ulceri. L'aumento della cornea dipende in questo caso da una tenue infiammazione de' vasellini sierosi che ne compongono la tessitura, i quali si distendono senza perdere la trasparenza, e senza, che vi penetri il globo sanguigno; la cornea così distesa si allunga, e prende forma di un cono, e sempre aumenta

lentamente, l'infiammazione in questo caso progredisce senza dolore e senza aspetto di afflusso di sangue, ma l'infermo prova una sensazione molesta alle cornee, vi è copiosa lagrimazione, e la congiuntiva è un pò più iniettata di sangue, che non suole esserlo, ed uno, o due vasi sanguigni si mostrano in qualche parte della cornea.

§. 30. Lo stafiloma di questa specie, quantunque apparisca diafano, esaminato attentamente si conosce alquanto fosco nel suo apice, che è al centro della cornea; e perciò produce sempre qualche grado di ceratoscotesi; ma rare volte essa è a tal punto, che la corotecnia possa riuscire utile.

Egli è alquanto fosco.

§. 31. Ad onta che in caso di stafiloma diafano l'occhio non sembri infiammato pure vi sono tutti gl'indizj di una lenta corneitide, la quale se fosse ben curata al principio lascierebbe un difetto appena sensibile; ma se sussistesse lungamente produrrebbe uno stafiloma assai dannoso alla visione perchè il solo prolungamento della cornea ossia la mutazione di figura già induce opacità manifesta.

Corneitide lenta osservata in questi casi.

§. 32. Lo stafiloma diafano della cornea senza ulceri è raro ad osservarsi di modo che fra le molte osservazioni di stafilomi, io non ho notato, che due soli casi di questa specie uno osservato nella città di Cento in persona della Signora Luigia Pedretti e l'altro qui a Napoli in persona di D. Michele NN.

Lo stafiloma diafano è raro.

§. 33. In tutti i casi di stafiloma opaco l'oculista dee calcolare che la cornea, che lo circonda è molto offuscata ancorchè a primo aspetto ciò non apparisca perchè nel contorno dello stafiloma vi è sempre della linfa versata, come nel contorno del leucoma, e se poi tutta la cornea avesse preso la forma conica siccome ne'casi di stafiloma vasto, allora la opacità che ne risulta sarebbe maggiore, e più difficile a curarsi; perchè la linfa, che circonda i leucomi o gli stafilomi, può esser messa di nuovo in circolazione, ma quella opacità che è dipendente da cangiata forma della cornea rimane indelebile, se non troviamo il modo di reintegrare la forma di questa membrana.

Opacità della cornea, che circonda lo stafiloma.

§. 34. Circa alla natura, e formazione del panno ho già esposto talune idee ( *Lib. I. Trattato sulla trichiasi §. 9, ed annotazione V. §. 1, 2 e seg.* ); ma non ho allora distinto dal panno leggiero quello insanabile, o quasi insanabile. Se nella superficie

Caratteri del panno insanabile.

del panno veggonsi sparse delle picciole ulceri, o de' piccoli leucomi, allora non si potrà sperare che la cornea ricuperi perfetta diafaneità; e perciò l' oculista potrà riguardare come insanabile questo panno per via de' rimedj conosciuti, e lo classificherà fra le *ceratoscotesi permanenti causate da panno* ogni volta che esso occupi il campo della pupilla.

Del panno quasi insanabile.

§. 35. Io giudico quasi insanabile il panno della cornea, ossia quella reticella di vasi sanguigni, che talora si presenta nella sostanza della cornea, e la ingombra; anche quando non vi sieno ulceri purchè tale opacità esista da più mesi, e non si vegga diminuire a misura che l' oftalmia si guarisce, e ad onta dell' applicazione diligente de' rimedj astringenti alla superficie della cornea.

Caso in cui si usa la coropeja.

§. 36. Anche in questo caso essendo molto cronico il panno e ribelle alle cure ordinarie ricorro alla coropeja, come si spiegherà nel dare le storie.

Pterigio curabile senza coropeja.

§. 37. Finalmente lo pterigio il quale a primo aspetto è simile al panno può dare origine ad una *ceratoscotesi permanente pterigoidea* ma essendo curabile per via dell'estirpazione senza ricorrere alla coropeja basterà quel tanto, che si è detto nel *libro I, Annotaz. IV.*

Complicazioni della ceratoscotesi.

§. 38. Sarà sufficiente il fin qui detto per riguardo alla ceratoscotesi permanente semplice, e daremo ora la descrizione della ceratoscotesi complicata; essa può trovarsi congiunta colla paralisi de'nervi, colla sinechia, colla cateratta secondaria, o colla cateratta vera.

Complicazione della ceratoscotesi con amaurosi perfetta.

§. 39. Quando la ceratoscotesi è complicata con paralisi de'nervi dell' occhio, ciò facilmente si conosce, se la paralisi è perfetta perchè allora la sensibilità alla luce è perduta, e l' occhio non discerne neppure la luce dalle tenebre; ma l' arte in questo caso non potrà fare nessuna utile cura, se non si troverà prima il modo di curare l' amaurosi perfetta e confirmata.

Bisognerà indagare se vi sia ambliopia, o semi-ambliopia.

§. 40. Se poi nella ceratoscotesi sussiste ancora la facoltà di percepire la luce allora bisognerà por mente a indagare se vi sia ambliopia, o semi-ambliopia nervosa, come dirò parlando della diagnosi da far precedere all' operazione.

Stato della lente ne'varj casi di ceratoscotesi.

§. 41. Il caso in cui la lente sia stata alterata dall' infiammazione, che ha prodotto la ceratoscotesi è raro; perchè essendo la detta opacità conseguenza di un' oftalmia superficiale la lente

rimane quasi sempre intatta, ma quando la ceratoscotesi dipendesse da ferita della cornea vi sarebbe probabilità di complicazione di cateratta, mentre è raro che una ferita penetrante nella camera anteriore non giunga a lacerare la casula, e non ci presenti la lente offuscata facendola cadere in parte nella camera anteriore, o mandando fuori, se la ferita è aperta, qualche porzione della sua sostanza molle. Se vediamo questi indizj di alterazione della lente allora non possiamo dubitare, che la *ceratoscotesi* andrà congiunta a *cateratta*, ma in tutti gli altri casi si potrà sperare che la ceratoscotesi sia semplice ancorchè la pupilla fosse tutta occultata, e non permettesse all' osservatore di conoscere lo stato della lente.

§. 42. Nella maggior parte de' casi osservando l' occhio per varie direzioni si potrà scoprire qualche parte della pupilla, o aperta, e libera, oppure ingombrata da tenuissima cateratta spuria, attraverso la quale se ci sarà cateratta vera trasparirà il colore giallo-perlino proprio di questa, che ci farà conoscere il vizio della lente, ed inoltre il grado residuo di visione sarà più debole, che ne' casi ordinarj di ceratoscotesi semplice, anche allorquando non vi fosse veruno indizio di alterazione nervosa. Indizj della cateratta vera.

§. 43. Altre fiate la ceratoscotesi si troverà complicata colla cateratta secondaria, e ciò avrà luogo ordinariamente in quei casi ne' quali sia stato tentato di distruggere la cateratta passando per la cornea. Ceratoscotesi con cateratta secondaria.

§. 44. Se è stata tentata la depressione anteriore, che i moderni chiamano *Ceratonisi* convien credere, che la ferita della cornea sia stata molto ampia, e contusa perchè soltanto in questo caso il leucoma potrebbe essere così ampio da offuscare buona porzione della pupilla, ed allora soltanto l' iride s' insinua nella ferita si attacca alla cicatrice della cornea, e la cateratta che accompagna questa ceratoscotesi suole essere complicata perchè ordinariamente risulta da linfa versata alla superficie dell' iride congiunta a porzioni di casula ed al nucleo della lente. Cateratta secondaria, e ceratoscotesi dopo la ceratonisi.

§. 45. Nel caso di *ceratoscotesi complicata con cateratta secondaria* se è stata tentata l'estrazione anteriore la cateratta sarà formata da residui di casula, e qualche volta anche da cateratta spuria in un modo analogo a quel, che si è detto parlando della Qualità della cateratta secondaria dopo l' estrazione.

sinizesi complicata ( *Vedi Cap. II*, §. 60. ). Questi casi differiscono da quelli della sinizesi ivi descritta poichè il leucoma prodotto dalla cicatrice della ferita occulta il lume della residua pupilla, ed il restringimento della pupilla dipende dalla sinechia e non già da iritide come in caso di sinizesi.

Formazione di questa specie di ceratoscotesi.

§. 46. Questa specie di ceratoscotesi simile alla sinizesi lenta si forma allorquando l'uomo è irrequieto dopo essere stato assoggettato all'estrazione della cateratta, perchè sotto le contrazioni dell'occhio si riaprono i lembi della ferita, e l'iride spinta fra questi costituisce un'ernia che poi dà luogo alla ceratoscotesi con sinechia nell'atto in cui formasi il leucoma.

Nervi sani in questo caso, ed altri ostacoli, che s'incontrano.

§. 47. In questo caso l'oculista non avrà a temere difetto nervoso perchè non vi è stata iritide, ma bensì troverebbe un ostacolo alla riuscita della coropeja, quando sussistesse un residuo del processo infiammatorio ne' contorni della cicatrice e nell'iride ed un'altro ostacolo notabilissimo gli verrebbe opposto dalla sinechia poichè l'iride vincolata alla cornea difficilmente può esser tirata fuori come diremo nel dare la spiegazione de' casi difficili di coropeja.

Prospetto delle varie specie di ceratoscotesi.

§. 48. Ora presento il prospetto delle varie specie di Ceratoscotesi, e sono:

*Ceratoscotesi Accidentale*, ..........
idem....... o *per nubecola attuale*.
idem....... o *per Ascesso*.
idem....... o *per ulcere*.
idem....... o *per leggiero panno*.

*Ceratoscotesi permanente* ..............................
idem....... o *per Leucoma*.
idem....... o *per stafiloma*.
idem....... o *per panno insanabile, o quasi insanabile*.
idem....... o *per lo Pterigio*.

*Ceratoscotesi Permanente Complicata* ............
idem....... con *amaurosi, o ambliopia*.

idem....... con *sinechia e lente sana.*
idem....... con *cateratta vera.*
idem....... con *cateratta secondaria.*
idem....... con *sinechia e distruzione della lente.*

§. 49. Darò nel quarto libro la spiegazione delle cure che si debbono praticare ne' casi di ceratoscotesi accidentale, e nel terzo spiegherò le operazioni da praticarsi nella *ceratoscotesi complicata con cateratta vera*, e quindi nel presente trattato spiegherò soltanto le regole della corotecnia applicata alla *ceratoscotesi permanente* e quelle che riguardano i casi di ceratoscotesi con sinechia, e lente sana, oppure con cateratta secondaria, o con distruzione della lente. Regole che verranno spiegate in questo libro.

# CAPO IV.

*Precetti generali della Corotecnia.*

De' quattro precetti generali. §. 1. Innanzi di esporre le risoluzioni de' problemi, che a quest' arte appartengono spiegherò quattro precetti generali, i quali debbono porsi in esecuzione prima di cominciare l' operazione, qualunque sia il metodo da impiegarsi nella coropeja, e questi serviranno anche per l' operazione della cateratta.

## PRECETTO I.

§. 2. L' oculista deve in primo luogo calcolare le *proprie forze* e deve esser convinto di poter eseguire l' operazione con probabilità di esito felice.

## PRECETTO II.

§. 3. Si accerterà egli altresì, che le cose *estrinseche* sieno ben disposte, io comprendo sotto questo nome l' armamentario, l' assistente, l' animo dell' infermo e quello de' parenti.

## PRECETTO III.

§. 4. Egli instituirà una diligente *diagnosi* tanto per conoscere lo stato de' nervi, come per determinare, quale metodo si debba tenere nell' operazione.

## PRECETTO IV.

§. 5. Sceglierà finalmente una *stanza* addattata per l'operazione, e per la cura, e darà all' infermo, ed all' assistente quella posizione, che gli sembrerà conveniente, indi situerà se stesso nel modo il più opportuno.

§. 6. Ora per comodo de' principianti diluciderò i quattro precetti sudetti affinchè nella pratica possano regolarsi con tutta precisione.

# CAPO V.

*In cui si dilucida il primo precetto, che riguarda l' estimazione delle proprie forze.*

§. 1. Ho dettto, che l' oculista deve pria d' ogni altra cosa aver calcolato le proprie forze, ed aver giudicato di poter eseguire l' operazione con probabilità di esito felice. Indicazione del precetto primo.

§. 2. Questa fiducia in se medesimo, necessaria per tutte le difficili operazioni della vita umana, è molto importante nell' esercizio della coroteenia, giacchè se l' animo vacilla l' operazione non può riuscire, infatti l' uomo il più dotto, ed il più destro negli esercizj meccanici se mancasse di fermezza ritroverebbe quasi impossibile fare il taglio. Fiducia di ben riuscire.

§. 3. Due qualità si richieggono assolutamente, onde formare un buon oculista, cioè cognizioni precise di ciò, che dee farsi in tutti i momenti delle operazioni, e calma perfetta nell' eseguire le manovre. Qualità che si richieggono per l' oculista.

§. 4. Per dimostrare quale utilità si ricava dalle cognizioni precise, e ben determinate recherò ad esempio quel che avvenne a me medesimo sui principii della mia carriera. Invogliato allora dallo studio dell' opera stampata l' anno 1810 in Parigi dal valente professore Assalini intorno alla pupilla artificiale volli tentare questa operazione in Padova nella clinica di quella celebre Università, appunto in primavera dell' anno 1811, e quantunque avessi stromenti preparati sui modelli di quelli del Signor professore Beer, quantunque avessi tentato sui cadaveri varj saggi di queste operazioni colla scorta del valente Edoardo Loder, e fossi con amore guidato dall' abilissimo chirurgo il professore Sografi ambedue amici miei di felice ricordanza non di meno per ben tre volte feci sperimento della coropeja con tre metodi differenti, e gl' infermi ebbero a soffrire senza nessuna utilità. Esempio desunto da' primi tentativi.

Utilità delle cognizioni acquistate dal Signor Beer.

§. 5. Questa disgrazia mi parve molto strana, e rincrescevole perchè la necessaria fermezza non mi mancava avendo già praticato i varj metodi di curare la cateratta, e molte volte con esito felice. Attribuiva dunque la mia disgrazia all' imperfezione delle cognizioni acquistate sulla corotecnia, e più mi sono di ciò convinto dopo essere stato in Vienna dal Signor Beer, poichè alla fine dell' anno 1811 ricevei delle private lezioni da questo insigne oculista e mi trovai allora uscito da molte incertezze, che per l' addietro m' aveano imbarazzato. Quindi nella susseguente primavera dell' anno 1812 praticai la ectomia dell' iride sopra 21 individui, e ben 19 ricuperarono la vista, rimanendo infruttuose due sole operazioni perchè lo spazio sano della cornea era alla parte superiore, e per la difficoltà del sito non potei evitare di offendere il cristallino.

Incertezza dannosa.

§. 6. Prima di conoscere le regole determinate dal Sig. Beer, siccome dissi una fatale incertezza mi portava a dubitare perfino se il metodo della ectomia potesse, o nò riuscire, io non sapeva se fosse meglio ferire la parte sana della cornea, oppure la parte viziata da cicatrice ne' casi di ceratoscotesi, io non conosceva ad evidenza il danno di contundere l' iride, e immaginava, che per evitare la cateratta successiva sarebbe stato forse utile estrarre la lente nell' atto di eseguir l' ectomia, e così mi stava fra mille pensieri desiderando tentare or l'uno, or l' altro metodo, e l' incertezza mi facea vacillare nel momento dell' esecuzione.

I giovani troveranno altre difficoltà.

§. 7. All' infuori delle difficoltà dipendenti da imperfezione delle cognizioni, i giovani che fossero esercitati unicamente sul cadavere incontreranno ne' primi saggi una difficoltà simile a quella che sperimenta un' oratore, quando si espone al pubblico. Le prime volte, egli si trova così imbarazzato, che se non concentra tutta la sua attenzione, e se non si fa molto ardito, obblia qualche parte della sua arringa, o la recita senza espressione, e sembra incerto della materia, che deve trattare, ecco dunque spiegato con prove evidenti che l' oculista deve conoscere con precisione tutto quello, che dee praticare, e deve aver meditato sulla sua operazione in guisa, da prevvedere qualunque osta-

colo potesse insorgere, e deve avere determinato anche le regole opportune a superare gli ostacoli per progredire nell' operazione, ma deve inoltre avere acquistato quella calma, e quella fermezza tanto necessaria nell' esecuzione, e che si potrà procurare col tentar prima sul vivente altre operazioni meno dilicate, e difficili.

§. 8. Il timore di rovinare irreparabilmente, e per tutta la sua vita un' uomo, il naturale ribrezzo, che provasi ad assalire con forza un suo simile inerme, e ferirlo, l' idea del proprio onore posto sulla punta di un' ago, come suol dirsi da taluni, ed altri varj pensieri, che turbano un' oculista principiante debbono tutti esser sopiti, ed unicamente devesi tener di mira lo scopo, e l' esecuzione precisa delle due parti dell' operazione una sulla cornea, l' altra sull' iride, la prima apre la via e la seconda serve a toglier di mezzo porzione dell' iride per dar nuovo passaggio alla luce. Pensieri, che debbono essere posti in obblio.

§. 9. L' animo del Chirurgo non è quasi mai in calma; ma l' esteriore deve apparire placidissimo, onde l' infermo non ne venga turbato. L' animo del chirurgo.

§. 10. Nell' estimazione adunque delle proprie forze, l' oculista deve essere sicuro di avere le accennate qualità, che riguardano la mente, e l' animo; cioè istruzioni sufficienti, e forza di carattere o almeno abitudine di tagliare sul vivente senza turbamento. Qualità che si richieggono.

---

# CAPO VI.

*Dilucidazione del precetto secondo, che riguarda la preparazione delle cose estrinseche.*

Precetto secondo.

§. 11. Ho detto, che l' oculista pria d' intraprendere l' operazione si deve accertare di aver ben disposto le cose estrinseche, che sono l' armamentario, l' assistente, l' animo dell' infermo, e de' parenti.

Quanto importi l'armamentario.

§. 12. Nomino in primo luogo l'armamentario per indicare quanto importi aver buoni anzi ottimi stromenti, e darò subito la spiegazione di quanto occorre per la scelta, numero, e forma dei medesimi. Siccome ogni diligente chirurgo ha per costume esaminare il suo apparecchio pria di accingersi a tentare un' operazione, così l'oculista; dovrà prima esaminare se tutto il suo apparecchio sia ben disposto; e per soccorso della memoria distinguo gli ordigni necessari alla coropeja in cinque classi.

Cinque classi di ordigni, che formano l'armamentario.

§. 13. *Classe I. Per fissare l' occhio, ed aprir le palpebre.*

Il levatore di Pellier, il depressore di Casamata, o altro simile, la picca di Pamard, o l' ago curvo con doppio filo.

*Classe II. Per aprire la cornea.*

Uno, o due coltelli da cateratta ottimi.

*Classe III. Per tirar fuori l' iride.*

La pinzetta dentata di Adams o di Jäger, la pinzetta acuta da casula, e l' uncino di Beer.

*Classe IV. Per recidere l' iride.*

La cesoja di Dawiel, o la cesoja curva a molla.

*Classe V. Per chiudere l' occhio dopo compiuta l' operazione.*

Un pezzo del drappo gommoso, una cesoja destinata a farne striscie, ed una benda di zendado nero da porre sulla fronte.

Materie dilucidate in 8 articoli.

§. 14. Or che ho annoverato le cinque classi degli oggetti, che costituiscono l' armamentario intenderà il mio lettore, che

debbo spiegare con tutta precisione, la qualità, e forma di questi varj oggetti, e delle altre cose estrinseche.

Locchè darà materia agli otto articoli susseguenti.

## ARTICOLO I.

### *Sugli ordigni destinati a fissar l' occhio, e ad aprire le palpebre.*

§. 1. Io ho annoverato questi ordigni, quantunque penso, che l' oculista debba evitarne l' uso per quanto è possibile, perchè i principianti non ne possono quasi mai fare a meno; infatti ne' miei primi anni io trovava frequente il caso in cui me ne dovea servire, ma oggidì gli ho quasi interamente abbandonati. Giudico inutili questi ordigni.

§. 2. Fra i molti ordigni proposti per tenere aperta la superiore palpebra il più semplice, ed usitato è il levatore di Pellier; che consiste in un filo di metallo ben levigato, e cilindrico grosso una linea del piede di parigi, il quale rappresenta due piccioli archi uniti insieme da due fili, rettilinei vedasi la *Tav. VIII. Figura 1.*, uno di questi archi, ha la convessità rivolta all' infuori, e l' altro oppostamente, i due fili partono dagli estremi di cadaun arco, e vanno paralelli ai due estremi dell' altro, tutto ciò forma un sol corpo metallico. Levatore di Pellier.

§. 3. Si applicherà uno degli archi contro la cute della palpebra superiore, e servirà a spingerla verso la volta orbitale tenendo aperta la detta palpebra, l' altro servirà di appoggio alla mano dell' assistente, che sostiene il levatore.

§. 4. Il depressore di Casamata destinato a far discendere la palpebra inferiore è fatto da un filo metallico simile a quello, che compone il levatore, ma ha un solo archetto lungo mezzo pollice, ed agli estremi di quest' arco si attaccano due fili che vanno ad unirsi ad angolo nell' apice del quale stà appesa una catenella, che tira in basso l' ordigno. L' arco metallico sudetto sporge infuori, in guisa che tutto il depressore visto di profilo rappresenta un' uncino. ( *Ved. Tav. V. Fig. 1.* ) Depressore di Casamata.

§. 5. L' oculista applicherà sul margine della palpebra inferiore l' arco metallico suddescritto in guisa, che tirando la catenella si abbassi la palpebra sudetta. Sua applicazione.

Aggiunzione fattavi.

§. 6. Quando io mi serviva di quest'ordigno per non essere costretto a tirare la catenella cosa, che mi obbligava ad impiegar una mano, aggiunsi alla catenella un pezzo di piombo, destinato a mantenere abbassata la palpebra; mediante il proprio peso.

Forma della Picca di Pamard.

§. 7. La picca di Pamard raccomandata dai nostri maestri per contenere l'occhio è una lancia ottusa che nel mezzo ha una picciola punta isolata, la quale si eleva a foggia di un dentello.

Suo uso.

§. 8. Questo dentello si pianta nella congiuntiva, e serve a condurre l'occhio in quella direzione, che si desidera. ( *Vedi Tav. IV. Fig. 1.* )

Casi in cui me ne sono servito,

§. 9. Io mi sono servito di questo ordigno in due casi di fanciulli irrequieti, i quali volgevano costantemente l'occhio in alto, e nascondevano la cornea sotto l'orbita e mi riuscì l'operazione nel primo caso, nel secondo però avendo il fanciullo improvvisamente, e con forza rivoltato l'occhio contro la punta della picca, mentre io stava per compiere l'operazione vidi, che la casula, ne fu spezzata e la lente disorganizzata usciva in parte, ed il vitreo insieme alle parti più molli della lente.

Altro mezzo ideato a questo effetto.

§. 10. Avendo fatto molte riflessioni sul caso riferito divisai sostituire alla picca, un doppio filo; che faccio passare attraverso alla congiuntiva mediante un ago curvo ne' casi di persone tanto irrequiete, come erano i due fanciulli de' quali ho parlato.

Applicazione del filo a tre casi con esito felice.

§. 11. Io sono stato molto contento di questo ritrovato perchè in tre casi difficilissimi, ne' quali sembrava quasi impossibile condurre a buon termine l'operazione ho passato il filo attraverso alla congiuntiva, e con questo ho potuto tirare in basso la cornea, e fermare il globo dell'occhio, come se lo tenessi per una briglia; ed osservai, che se l'occhio volgevasi contro il filo, questo cedeva siccome è naturale, e quando sorgeva una contrazione de' muscoli dell'occhio, io poteva liberamente far chiudere le palpebre all'infermo, ed abbandonare l'occhio senza perdere il filo, il quale restava attaccato alla congiuntiva; e sempre mi poteva servire all'uopo.

Casi in cui ne faccio uso.

§. 12. Dopo questo trovato, mi determinai ad abbandonare la picca, ed usare il filo in que' rari casi, ne' quali avrei fatto uso della picca.

## Articolo II.

### *De' coltelli da cateratta.*

§. 1. La forma più opportuna onde praticare il taglio della cornea parmi quella determinata dal Signor Beer, perchè il suo coltello penetra facilmente nella camera anteriore, l' attraversa, e gradatamente recide il margine della cornea. Coltello da preferirsi.

§. 2. La figura di questo coltello è rappresentata dalla *Fig. 6. Tav. II.*, la sua lama rappresenta un triangolo rettangolo la cui diagonale tagliente è lunga 15 linee (1), la larghezza misurata dove il coltello si pianta nel manico non sarà maggiore di 3 linee è mezza. Questa linea si unisce ad angolo retto col dorso del coltello, e deve formare una linea retta col manico. Figura del coltello suddetto.

§. 3. Il dorso non deve essere tagliente, ma piuttosto tondeggiante, e soltanto verso la punta può essere un pò inclinato sulla diagonale, e può essere tagliente per la lunghezza di una linea, che ciò dà molta facilità a penetrare colla punta. Forma del dorso.

§. 4. Tutta la lama deve esser tanto grossa, che non si pieghi nell' attraversare la cornea, io calcolo la sua grossezza maggiore uguale alla quinta parte di una linea, ma questa densità deve essere maggiore verso il manico, e minore verso la punta, oltre a ciò la linea in cui la lama è più grossa deve essere distante dal dorso mezza linea in circa, e vedesi espressa dai puntini. DD. Grossezza della lama.

§. 5. Lo spaccato della lama rappresenterà mezza elissi unita ad un' angolo come indica la *Tav. II. Fig. 1.* Spaccato della lama.

§. 6. Quello poi, che molto importa si è l' affilatura della punta e del tagliente, poichè la cornea è molto compatta, quindi se la punta non è bene affilata; il ferro dee venire spinto con forza onde penetrare, e l' occhio sarà urtato contro l' angolo interno con grande imbarazzo per l' oculista. Similmente se la diagonale Affilatura del tagliente.

---

(1) Tutte le dimensioni citate in quest' opera si riferiscono al piede di Parigi.

non fosse tutta tagliente non si potrebbe spingere il coltello facilmente attraverso la camera anteriore, e poi si troverebbe gran difficoltà a compiere il taglio, che deve essere terminato con l'estrema parte della diagonale vicina al manico.

Danno della lama poco affilata.

§. 7. Quando la diagonale tagliente non è bene affilatata, anche nella parte più lontana dalla punta, bisogna fare degli sforzi dannosi, onde compiere il taglio, perchè bisogna stiracchiare la cornea ed urtare il coltello con forza, onde terminare il taglio, e questi movimenti possono causare il distacco della casula dai legamenti cigliari tanto vicini al coltello in quel momento, o possono determinare una contrazione dannosa nel globo dell'occhio.

Varie indagini fatte per avere coltelli ottimi.

§. 8. Conoscendo questa influenza del coltello sul buon successo delle nostre operazioni, io feci costruire da molti artefici i coltelli da cateratta, e spiegai loro con precisione la forma, che doveano avere, ma incontrai molte difficoltà ad evitare tutte le imperfezioni che vi ho potuto conoscere, e mi fu d'uopo servirmi di que' coltelli, che sono meno imperfetti.

Necessità di ogni diligenza in questi casi.

§. 9. Vi sono de' chirurghi, i quali stimano ridicola, quella scrupolosità con cui esaminiamo i coltelli suddetti, e dicono che se la mano è abile poco importa la perfezione degli stromenti, ma se nelle altre parti di chirurgia si può forse trascurare qualche cosa, non è così nella corotecnia perchè un coltello bene affilato eseguirà il taglio della cornea senza rimuover l'occhio dal suo posto e senza determinare contrazioni ne' suoi muscoli e poi si consideri, che anche un barbiere il più destro raderà la barba con molto stento, quando i ferri non sieno buoni e nello stesso modo incontrerà gravi difficoltà l'oculista, quando non si procuri ottimi coltelli, ma per meglio dilucidare questo punto recherò ad esempio quel che notai usando i coltelli di varj fabbricatori.

Prime difficoltà che non si annoverano.

§. 10. Lascio da parte le molte difficoltà incontrate ne' primi anni della mia pratica, allorchè feci eseguire de' coltelli da varj arrotini di poca rinomanza, oppure feci accomodare a tal uso lancette da salasso, che in quel tempo io lottava con difficoltà estranee alla scienza, e con un ardire poco illuminato affrontava ostaccoli che ho poi conosciuto insormontabili.

§. 11. Io avea ben concepito l' utilità di avere coltelli affilati in modo, che penetrassero con prontezza attraverso le membrane dell' occhio, e ne feci affilare taluni sì fattamente, che poteano penetrare la pelle de' battiloro come fosse butirro, e mi credei munito di ferri eccellenti, ma quando venni a tentare i primi saggi nel vivo, mi avviddi che non tagliavano punto, e che passata la punta attraverso alla cornea la lama si piegava, come se fosse stata di piombo, ed allora conobbi pur troppo, che il ferro sembrar potrebbe ottimo quando si sperimenta su di una pelle finissima, e potrebbe essere scartato, se non in punta almeno nel taglio, e farebbe come i rasoj, che si chiamano scartati, quando il tagliente per esser troppo sottile si piega come fosse di carta, e si guasta subito coll' uso.

De' coltelli scartati.

§. 12. I primi coltelli di buona qualità, che ho adoprato erano stati fabbricati dal vecchio Blanc a Vienna, e mi parve allora, che le operazioni fossero diventate molto facili. Questi non erano tirati con eleganza, nè aveano la forma così ben calcolata, come quelli del giovane Malliard, ma erano così bene affilati, e di una tempra così giusta, che nell' atto di fare il taglio l' occhio non si muoveva, e la cornea sembrava tenera, come un pezzo di butirro; talchè dalle operazioni eseguite con questi ferri, si ottennero felici risultamenti non prima sperimentati.

Buoni effetti de' coltelli di Blanc.

§. 13. In seguito comecchè la forma de' coltelli di Malliard parvemi ben calcolata, io feci eseguire taluni coltelli da questo valente artefice, e gli feci affilare dall' ottimo Blanc, ma il buon affilatore ben presto lasciò questa vita mortale.

Coltelli di Malliard affilati da Blanc.

§. 14. Venuto in Napoli feci eseguire nuovi coltelli da Boffola e questo abile artefice diede loro la forma, ch' io desiderava, ma nel praticare le operazioni gli ho trovati sempre duri per quanto egli esercitasse la sua industria, onde renderli bene affilati; meno duri trovai altri, ch'io feci eseguire dai fabbricatori di Campobasso; ma sempre tagliavano molto meno che quelli affilati da Blanc.

Coltelli fabbricati nel regno di Napoli.

§. 15. Non contento di questi ne feci venire da Berlino, che avevano ottima forma, ed una elegante pulitura, ma nel tagliare erano duri, come quelli di Campobasso, e simili in tutto a questi riuscirono altri che feci eseguire a Monaco da Schnetter.

Coltelli da Berlino, e da Monaco

Altri da Parigi.

§. 16. Contemporaneamente ne feci venire altri da Parigi eseguiti da Serhenry, ma gli trovai corti, cioè nel lato tagliente non tagliavano se non in molta prossimità alla punta, ed inoltre erano così teneri, che uno si piegò in punta nell'atto di trapassare la cornea; e mi cagionò grave imbarazzo per compiere l'operazione.

Coltelli di Sympsom.

§. 17. Pochi giorni dopo ne ricevei altri da Londra eseguiti da Sympson, e fatti sui modelli di quelli di Malliard, questi sembravano ottimi a vederli, ma che! ..... nell' adoprarli ben due volte mi avvenne, che la punta si spezzasse nell'atto di uscir fuori dalla camera anteriore, ed in un caso non avendo potuto toglierla via dalla cornea perchè invisibile cagionò suppurazione fatale dell' occhio, nell'altro caso però incontrai molta difficoltà; ma in fine mi riuscì toglier via la punta piantata nella cornea, e così fu salvato l' occhio. I quali fatti dimostrano chiaramente, che i coltelli non debbono esser di tempra molto rigida, nè troppo dolce.

Coltelli di Stodart.

§. 18. Finalmente ricevei dodici coltelli fabbricati da Stodart in Londra, i quali per la dolcezza, e prontezza nel tagliare la cornea superavano anche quelli del povero Blanc, sennonchè aveano una forma svantaggiosa, e me ne avviddi non già nell' esercizio della corotecnia, ma nel praticare le operazioni della cateratta, poichè la punta essendo molto inclinata verso la diagonale tagliente del ferro, nell'aprire la cornea per tirar fuori la cateratta il taglio riusciva un pò corto (*Vedi Tav. II. Fig. 2.*).

Correzione, che porta maggiore imperfezione.

§. 19. Conosciuto questo picciolo inconveniente lo pregai di farmene altri colla punta dritta, e posta sulla linea del dorso quasi perfettamente come il coltello rappresentato nella *Tav. II. Fig. 3.*; ma questa punta così situata mi riuscì troppo debole, e talvolta si piegò altre volte si spezzò nel traforare la cornea.

Altra modificazione mal riuscita.

§. 20. Gli ordinai dunque altri coltelli di questa forma, ma colla punta più solida, e venuto a farne la pruova ne rimasi scontento oltre ogni credere, perchè foravano la cornea, con qualche stento e spingevano l' occhio verso il canto interno con grave imbarazzo come se fossero duri, e male affilati; locchè dipendeva unicamente dalla grossezza della punta.

§. 21. Si deduce da quanto ho detto, che sebbene la forma de' coltelli sia regolare all' aspetto, ciò non basterà perchè l' oculista gli adoperi; ma dovrà egli appoggiarli contro dell'unghia per vedere se sieno scartati, perchè quando sono scartati si piegano, e non ripigliano tosto la forma regolare.

Esame de' coltelli.

§. 22. Indi proverà la punta, ed il tagliente sulla pelle dei Battiloro, la quale, se sono bene affilati, verrà traforata con pochissima forza senza infossarsi nel luogo dove si pianta la punta, e si vedrà, che il tagliente la recide, come se la bruciasse senza urto, e senza nessun romore. Al presente quando ricevo coltelli di un nuovo fabbricatore, oltre le anzidette pruove, ne sacrifico uno per provarlo sul cadavere, e faccio il taglio della cornea per conoscere se la recida prontamente, e senza rimuover l' occhio dal suo posto, e senza far comparire la cornea dura: indi lo esamino per vedere se si fosse piegato in qualche parte, e mi giova anche replicare gli sperimenti sul cadavere, perchè si potrà giudicare ottima la tempra soltanto allorquando il coltello non sia spuntato nè piegato in veruna parte dopo aver fatto dieci o dodici tagli di cornea sul cadavere.

Pruove sulla pelle de' battiloro.

§. 23. Finisco il presente articolo che riguarda le cure da usarsi perchè i coltelli sieno ottimi con avvisare il lettore, che il Signor Beer, ci raccomandava di non praticare mai due tagli di cornea col medesimo coltello nel medesimo giorno.

Avvertimento del Prof. Beer.

§. 24. Io credeva, che questa fosse una scrupolosità inutile, ma avendo usato lo stesso coltello prima per tagliare la cornea destra, e subito dopo per la sinistra, ho conosciuto, che sempre il secondo taglio riusciva difficile, nè mi giovava asciugar bene il ferro dopo aver eseguito il primo taglio, perchè sempre il secondo riusciva a stento; eppure dopo ventiquattr' ore lo stesso coltello posto in uso tagliava con prontezza mirabile.

Osservazioni comprovanti la di lui opinione.

§. 25. Ricercando la spiegazione di questo fenomeno, io reputo esser ciò dipendente, dacchè il ferro nel tagliare la cornea viene spalmato da una sostanza glutinosa che trovasi fra le laminette di essa, e questa vi rimane così attaccata, che rende leggiermente glutinosa la superficie della lama, il che impedisce il passaggio libero del ferro nell' atto del secondo taglio, nè que-

Spiegazione di questo fenomeno.

sto glutine può essere ben forbito con pannilini, ma bensì dalla qualità sorbente dell'aria viene distrutto, e reso innocuo perchè non basta forbire diligentemente il coltello, ma devesi lasciarlo riposare almeno una giornata.

## Articolo III.

### *Degli stromenti destinati ad afferrare l'iride.*

Istromento più usitato.

§. 1. L'istromento, che per lo più adopero onde tirar fuori l'iride è la pinzetta *dentata*. Chi attribuisce l'invenzione di questa pinzetta a Sir William Adams, e chi al Dottor Federigo Jäger. Questa è a parer mio una delle più utili aggiunzioni, che sia stata fatta in questi ultimi anni agl' istromenti d'oftalmiatria.

Forma della pinzetta dentata.

§. 2. La figura di questa pinzetta si vedrà nella *Tavola I. Figura 6.*ª, essa differisce dalle altre pinzette essenzialmente in ciò che verso l'apice di una branca vi sta all' indentro piantato un dentello, il quale allorchè serransi le due estremità penetra in un forellino corrispondente nell' opposta branca. Il corpo della pinzetta è formato da due aste piatte e ruvide, e le aste sono corte onde la mano possa dominarle con fermezza. Io sono solito raccomandare all' artefice, che le aste AA. non oltrepassino la lunghezza di un pollice ad oggetto che la mano possa stringerle con maggiore fermezza.

Pinzetta acuta.

§. 3. Oltre la descritta pinzetta io tengo sull'apparecchio la solita da cateratta, che nomino pinzetta *acuta*, questa è quella di cui ordinariamente ci serviamo per estrarre la casula della cateratta ( *Vedi Tavola II. Fig. 8.* ), essa riesce utilissima allorchè dobbiamo afferrare un picciolo lembo dell' iride difficile ad afferarsi mediante la pinzetta dentata, la quale richiede, che la parte da prendersi abbia almeno una linea quadrata di superficie, onde possa essere compresa dal suo dentello.

Cambiamenti della pinzetta sperimentati inutili.

§. 4. Le figure citate bastano a parer mio, onde si abbia una giusta norma nel far eseguire le pinzette corrispondenti, mentre la forma, e le dimensioni vi sono rappresentate con sufficiente distin-

zione. Nè creda alcuno, che facendo le branche, o le aste più dilicate e sottili riesca più facile ed accomodato al bisogno il maneggio di queste pinzette; che io ne ho fatto la sperienza, ed ho conosciuto, che se le branche AA. sono leggiere la mano manca di quell' appoggio necessario a ben regolarne i movimenti, e se le aste BB. son troppo deboli non si può serrar bene la pinzetta, perchè mentre la serriamo fra le dita le dette aste si piegano per la loro naturale ellasticità, e la forza viene ad esercitarsi nel punto del maggior contatto, e dove la branca della pinzetta è più solida e risente l' impressione della mano che la stringe, ed allora l' estremità delle due punte o si allontana, o almeno afferra con minor forza, e l' iride sfugge.

§. 5. Ho parlato di questi tentativi perchè il mio lettore sappia, che se le pinzette fossero tirate troppo sottili avrebbero questo difetto, e l' oculista innanzi di adoprarle, e situarle nel suo armamentario dovrà bene osservare che sieno fatte con tutta precisione; e che non abbiano nè questo, nè altri difetti pur troppo atti a renderle inservibili.

Bisogna osservare che le pinzette non abbiano difetti.

§. 6. La pinzetta dentata adunque si esaminerà con attenzione, e si dovrà badare in primo luogo, che le sue dimensioni corrispondano esattamente a quelle della citata figura ( *ved.* §. 2. ); inoltre si osserverà, che il dentello non si trovi troppo lontano dall'estremità, che il foro lo riceva, e lo serri con precisione, e che le aste si corrispondano, e che non sieno più larghe di una linea. Finalmente si dovrà prendere colla pinzetta un picciol lembo della pelle de' *Battiloro*, e nell'atto di serrarla si dovrà badare che la sua estremità sia quella su cui cade la forza delle dita, che serrano l'ordigno. Non rare volte gli artefici mi hanno fatto delle pinzette che parevano ottime finchè non si stringevano le branche, ma poi nell'atto dell'operazione l'iride mi sfuggiva, e conobbi, che mentre si serravano le aste, le punte si allontanavano perchè la pinzetta faceva quella mossa, che da noi volgarmente si dice *caoleva*. La *Fig. 10. Tav. II.*, rappresenta una pinzetta chiusa, che si apre in punta, e spiega il caoleva.

Esame da farsi sulla pinzetta dentata.

§. 7. Oltre quel tanto che ho detto, quando trattasi della pinzetta acuta, bisogna osservare, che le branche sieno solide, e sensibili alla

Qualità della pinzetta acuta.

mano, e piatte onde non isfuggano, e si possano dominare. La punta deve essere acuta levigata, e deve essere convessa al di fuori, e piatta di dentro l' estremità si deve ben combaciare in maniera che le due aste serrate insieme rappresentino una sola punta tondeggiante, non vi debbono essere asprezze nell' estremità, e bisogna osservare, che quando si chiude la pinzetta, non faccia *caoleva* ma anzi, che le punte afferrino qualunque picciol lembo della pelle de' battiloro, e lo tengano ben fermo.

Forma dell'uncinetto di Beer.

§. 8. Si danno de' casi ne' quali riesce molto opportuno afferrar l' iride mediante l' uncinetto di Beer, ed a tale effetto egli formerà parte dell' armamentario, e dovrà essere ottimamente eseguito. Questo uncinetto assomiglia in piccolo all' uncino, che adoprano i chirurgi per allacciare le arterie. ( *Ved. Tavola X. Fig. 1.* ) esso è però sottile quanto uno de' più sottili aghi da cucire, si dovrà badare, che la sua parte curva AA. rappresenti una sezione di circolo almeno uguale a tre quarte parti di un circolo, e che si apra soltanto vicino all' asta BB. e si dovrà osservare, che l' asta sia grossicella, e che la tenue punta sia posta giustamente nel mezzo, e rimpetto all' asta; perchè se no addiviene talvolta, che nel ritirarlo la punta si pianti contro il margine della cornea recisa, e ciò arreca grave imbarazzo all' operatore come spiegherò meglio a tempo opportuno.

Aggiunzione fatta all' uncino.

§. 9. Sembrami utile per metterla in pratica l' aggiugnere al suo manico un picciol bottone, il quale m' indica da qual lato stia la punta di questo uncino perchè nell' atto dell' operazione è facile perderla di vista, ed allora il maneggio dell' istromento riesce incerto, ho trovato sempre opportuno offrire all' oculista un segno che cade sotto il tatto e non già una macchia visibile come hanno imaginato taluni maestri, mentre nell' atto dell'operazione non possiamo senza pericolo di errare volger l' occhio altrove, che al luogo su cui cade l' operazione.

Difetto dell'uncino.

§. 10. Questo ordigno però, quantunque sia molto ingegnoso e facile a maneggiarsi, ha il difetto che se l' iride sia molle, o se sia attaccata alla cornea in qualche parte, la lacera e non ne tira fuori che picciola porzione, ed è molto facile, che si pianti contro i contorni della ferita nell' atto di ritirarlo dall'occhio.

§. 11. Dopochè io conobbi l'utilità di aprire per lungo tratto la cornea, e la difficoltà di afferrare solidamente l'iride mediante l'uncino ho deliberato usar di preferenza le pinzette, ed a quest'ora ho eseguite oltre 360 operazioni felici sempre tirando fuori l'iride mediante le pinzette, e mi servo dell'uncino soltanto in qualche raro caso in cui la ferita della cornea mi fosse riuscita picciola, o quando fosse necessario afferrare qualche particella d'iride in luogo lontano dalla ferita perchè allora l'uncino può penetrare molto senza urtare contro la lente, ma la pinzetta in questi rari casi, stantecchè il suo volume si aumenta, e deve anche aprirsi o non può penetrare per la ferita, o urta contro la lente, e la scompagina, o almeno rompe la casula.

Utilità delle pinzette sperimentata in molti casi.

## Articolo IV.

### *Degli stromenti, che servono a recidere l'iride.*

§. 1. Per recidere l'iride quando sia presa mediante l'uncino o mediante le pinzette, io mi sono servito delle cesoje di Dawiell siccome usava il professore Beer, ma ben presto conobbi quanto sia difficile il momento della recisione, questo è il tempo più difficile dell'operazione, e conobbi altresì, che la cesoja di Dawiell era per quest'uso uno stromento difficile a maneggiarsi stantecchè le dita poste ne' manichi sono lontane dalla porzione tagliente della cesoja, e questa lontananza fa sì che ad ogni mossa irregolare della mano l'estremità delle forbici si allontani troppo dal punto su cui deggiono agire. Inoltre le dita sono così poste, ed impiegate per la recisione, che l'oculista non se ne può servire ad altro uso, nè può tenere depressa la palpebra inferiore, quando ciò occorre, in fine più d'una volta mi accadde, che nell'atto di portar le dita entro ai manichi della cesoja, e di accomodarla al bisogno, perdei un momento prezioso, e mi sfuggì l'iride dalla pinzetta, oppure l'occhio si allontanò dal suo posto, e l'iride venne staccata dalla sua periferia o si ruppe, avvenimenti che rendono sempre difficile e men precisa l'operazione.

Cesoje di Dawiel inopportune per la recisione dell'iride.

Cesoja a molla inventata nel 1817.

§. 3. Ad oggetto di ovviare i tre accennati inconvenienti appunto nella primavera del corrente anno 1817 ho fatto eseguire dall' abile artefice Signor Boffola una cesoja a molla, che si troverà rappresentata nella *Tavola II. Fig. 7.*, questa è molto simile alle cesoje a molla delle ricamatrici, ma è curva per comodo di tagliar l' iride, ed è proporzionata al bisogno nella sua grandezza.

Forma della cesoja a molla.

§. 4. Questa cesoja essendo tenuta aperta dall' azione della molla è così fatta che l'oculista non ha bisogno di agire sui manichi onde aprirla e perciò stà sempre pronta a tagliare. Le dita dell'oculista sostengono il tagliente inferiore, e come vi stanno addosso possono guidare i taglienti senza vacillare. Infine con questo istromento l' oculista non perde tempo ad imboccarne i manichi, ma lo tiene in mano per eseguire la recisione tosto che ha preso l'iride, e può benissimo impiegare il dito indice, e medio a deprimere la palpebra inferiore se mai ciò bisognasse.

Primo caso in cui venne usata.

§. 5. Il primo caso in cui l'ho posta in opera viene descritto nella storia V., ed al presente sono ormai decorsi sei anni, che l'adopero, e sempre l' ho trovata così opportuna, che non ho mai pensato di doverla render migliore, e sembrami ben difficile trovarne alcun' altra più accomodata per questa manovra.

Perchè non parlasi di tutti gli ordigni proposti per l'ectomia.

§. 6. Io non ho parlato, che degli stromenti utili per l'ectomia, e se non fosse inutil lavoro potrei indicare i molti ordigni che vennero proposti e notarne i difetti, ma i principii necessarj per giudicarli si anderanno sviluppando nel corso di questo trattato.

## Articolo V.

### *Materiali che s' impiegano onde chiudere, e diffendere l' occhio.*

Drappo gommoso e benda.

§. 1. Consistono questi nel drappo gommoso, ed in una benda nera, se il drappo gommoso è di ottima qualità esso terrà incollate le palpebre per quindici ed anche venti giorni senza cadersene, ma se è troppo rigido, o troppo scarso di gomma nel termine di tre, o quattro giorni si staccherà, e cadrà recando imbarazzo all' ammalato ed al medico.

§. 2. Si potrebbe preparare a bella posta il drappo gommoso come ho fatto io medesimo in paesi in cui non se ne trovava a comperare; ed ecco il processo. Come si prepari il drappo gommoso.

§. 3. Si prende p. e. un piede quadrato di drappo nero di seta, che chiamasi zendado. Questo si distende entro una cornice attaccandolo al contorno mediante varj fili. Poi si fanno sciogliere mediante un bagno d'arena due once di gomma arabica, ed un oncia di gomma draganti in sei once di spirito di vino a 40 punti, e se ne ottiene una colla. Quando essa è ridotta al tepore di latte vi si aggiugne mezz'oncia di balsamo del Perù, e prendendo la miscella al calore di 40 gradi del termometro di Reamaur si spande questa sullo zendado nero mediante un pennello grosso quanto un dito mignolo composto di peli di vajo, e dopo averne dato una mano si aspetterà, che questa si asciughi bene, indi se ne passerà un' altra sopra la prima, e così si daranno fino a cinque mani di colla sottilissime, quando poi la detta colla sarà ben disseccata si toglierà via il drappo dal telajo, e servirà come si è detto. Spiegazione del modo da tenersi.

§. 4. Dopo avere attaccate insieme le palpebre mediante due listine di drappo gommoso, giova sospendere alla fronte dell'infermo una benda di zendado nero, oppure verde, la quale sarà formata da un doppio pezzo di zendado quadrilungo attaccato ad un nastrino pur di seta, che si annoda alla fronte facendo girare il nastro due volte attorno la testa, e lasciando cadere la benda sugli occhi. Come si applichi la benda.

## Articolo VI.

### *In cui parlasi dell' assistente.*

§. 1. Un' abile assistente è di grande ajuto all' operatore quantunque vi sieno stati degli oculisti, come fu l'abilissimo Professore Barth, il quale avea consuetudine di fare le operazioni senza assistente, e quantunque io medesimo qualche volta astretto da necessità le abbia fatte, o solo, o con inesperto assistente. In questi casi però ho dovuto usare una maggiore destrezza L'assistente è utile, ma si potrebbe anche far senza.

e le operazioni mi sono riuseite a stento, locchè in un numero di casi notabile può dare qualehe risultamento infeliee.

Casi in cui ho dovuto eseguire l' operazione da me solo.

§. 2. Talvolta eonoscendo, ehe l'assistente mi reeava più danno che utilità, lo pregai di abbandonare l'occhio, c laseiarmi agir solo; vi fu un caso in cui mi cadde svenuto a terra, e terminai solo l'operazione. Così nell' autunno dell'anno 1814 pratieai ben undiei operazioni di coropeja col solo ajuto di un monaco infermiere in questo ospedale detto della Paee, e neppur una sola ne restò senza utilità.

Caso di un turco irrequieto, che si svincolò dagli assistenti.

§. 3. Un' altro fatto analogo trovo registrato fra le mie private annotazioni, e fu questo il caso di un tureo per nome Hibraim Cingeluglu eapitano di un grosso legno, il qualc avendo una ceratoscotesi leucomatosa venne da me sottoposto alla coropeja: ma quantunque sembrasse uomo ragionevole ne'suoi discorsi; subitochè il ferro fu piantato nella cornea si buttò indietro eon tanta forza, che improvvisamente si liberò da tre assistenti, e cadde supino sul suolo, talehè gli montai sul petto, e tenendolo per la barba mi riuseì terminare l' operazione senza assistente.

Perchè debbasi ammettere il soccorso dell' assistente.

§. 4. Questi esempj gli ho reeati innanzi per dimostrare, che non è assolutamente impossibile praticare le operazioni senza assistente, ma confesso però, che ho sperimentato molte difficoltà in questi casi, le quali mi hanno obbligato ad impiegare non commune destrezza, e poiehè debbonsi minorare le difficoltà, affinchè il maggior numero possibile d'operazioni abbia feliee risultamento, così credo doversi eommunemente ammettere il soccorso dell' assistente, ehe non è poi cosa tanto diffieile averne uno buono.

Regola da osservarsi dall' assistente.

§. 5. Sarà una regola ottima per l' assistente quella di obbedire ai eenni dell' oeulista per concorrere con ogni sua eura alla buona riuscita dell' operazione, nè potrà egli far cosa veruna di sua propria determinazione, nè veruna mossa, ehe potesse imbarazzare l' oculista, ragione per cui meglio sarà ch' egli ommetta di far qualehe eosa, e non già imbarazzi il professore, col voler troppo adoperarsi.

---

## Articolo VII.

### *Preparazione dell' infermo.*

§. 1. I nostri maestri usavano preparare il fisico dell'infermo con interne medicine, ma a questo proposito ho detto quanto basta nel *libro I. Annotazione VII*, e soltanto ne' casi di veleni manifesti si useranno interne cure, oppure se lo stadio attivo dell'oftalmia sussistesse, come ho dato un cenno all' *annotaz. III.* §. *18.*, si curerà l' oftalmia, onde guarirla, o almeno farla passare allo stadio cronico. In nessun caso però, sarà lecito trascurare la preparazione, che riguarda l' animo dell' infermo, il quale verrà disposto come siegue.

Preparazioni da usarsi riguardo al fisico dell' infermo.

§. 2. Deliberato, che debbasi tentare la coropeja; l'oculista dovrà badare a due cose, cioè ad inspirargli la maggior fiducia, ed un vivo desiderio di ricuperare la vista.

Due idee, che gli si debbono inspirare.

§. 3. In terzo luogo dovrà tener lontana dall'infermo l' idea del momento dell' operazione, perchè è frequente il caso in cui un uomo il più desideroso dell' operazione, il più coraggioso nell'atto di parlarne, mostri poi del ribrezzo e della titubanza quando si avvegga esser venuto il momento della esecuzione. Pochissimi casi fanno eccezione a questa regola.

Perchè debbasi far ignorare all' infermo il momento dell' operazione.

§. 4. Allorchè ebbi a trattare persone di sottile ingegno, e dotate di fermezza d'animo, allora solo ho dovuto far eccezione a questa regola, che tali persone vogliono anzi esserne avvisate, e sono capaci di secondare l' oculista con fare forza a se medesime.

Casi in cui ho dovuto far eccezione alla regola.

§. 5. Eccettuati questi rari casi, il più delle volte mi propongo di far ignorare all'infermo il momento dell'operazione, e per ben riuscire in ciò sono solito farlo sedere per alcuni istanti sulla picciola sedia, e fò tenere il di lui occhio ed il capo dall' assistente come se volessi eseguire l' operazione, e tocco il margine della cornea mediante un'unghia delle mie dita, e domando all' infermo se ciò gli rechi molto dolore, e poi lo metto in libertà dicendogli, che il poco dolore sofferto è ottimo indizio per la buona riuscita.

Come si faccia ignorare all' infermo il momento dell'oper azione.

Abitudini utili all' infermo.

§. 6. Sì fatte diligenze si ripetono ogni mattina per tre o quattro giorni innanzi di venire all'operazione, e così egli si abitua a tollerare, che venga toccato il di lui occhio, e rimane incerto del momento in cui si vuol fare il taglio, e resta immobile quando questo si pratica poichè l'immaginazione non lo tormenta.

## Articolo VIII.

### *Delle precauzioni che riguardano l'animo de' parenti.*

Bisogna parlare ai sensi.

§. 1. Mi restano a spiegare le precauzioni che l'oculista deve prendere per riguardo ai parenti. Egli deve cattivarsi l'animo loro colle sue buone maniere ed inspirare una giusta fiducia col far conoscere la propria abilità, ed i successi ottenuti. Gioverà più il poter presentare ai parenti una persona, che abbia ricuperato la vista che non raccontare di averne guarito cento, bisogna parlare ai sensi più che all'inmaginazione.

Vantaggio di questa fiducia.

§. 2. Questa fiducia de' parenti gioverà a far che dieno coraggio all' infermo; ma neppure ad essi si confiderà quale sia il momento in cui si vuol fare l'operazione perchè non gielo facciano conoscere.

Casi in cui tuttociò è facile.

§. 3. Quando il professore abbia cognizioni precise e teorie estese, e quando egli abbia praticato molte cure felici, e si abbia guadagnato favorevole opinione presso del pubblico, allora gli sarà molto facile acquistarsi piena fiducia nell'animo dell'infermo, e de' parenti.

---

## CAPO VII.

*Dilucidazione del terzo precetto generale intorno alla diagnosi.*

§. 1. È noto, che per diagnosi intendiamo la cognizione precisa delle stato delle parti ammalate. Sì fatta cognizione serve a due oggetti, primo a conoscere la condizione delle parti sulle quali dobbiamo praticare l'operazione, secondo a determinare se l'occhio sia in tale stato, che questa si possa praticare con la speranza di buon successo. — Cosa s'intenda per diagnosi.

§. 2. Ho detto nella patologia quanto occorre a far conoscere la condizione delle parti sulle quali dobbiamo agire; mi resta ora a dilucidare la diagnosi, che riguarda quello stato dell'occhio, il quale permette, che si faccia pronostico felice, oppure ci obbliga a dichiarare inutile la coropeja. — Debbo dilucidare quanto occorre al pronostico.

§. 3. Allorquando si può tentare l'operazione colla speranza di buon successo, ossia col pronostico favorevole, i chirurgi dicono, che l'operazione è *indicata*, ossia che deve tentarsi, e quando all'opposto vi sono indizj per dubitare della possibilità di riuscire chiamano questi *segni controindicanti*, e dicono l'operazione essere *controindicata*. — Cosa s'intenda per indicare, o controindicare la operazione.

§. 4. Due sono le condizioni dell'occhio controindicanti la coropeja, cioè l'attuale infiammazione attiva, di cui ho fatto cenno più sopra nell'*articolo III. §. 1.*, e la paralisi de'nervi arrivata a tal grado, che renda la retina incapace a ricevere distintamente l'impressione degli oggetti visibili. ( *Ved. Capo II. §. 51, e Capo III. §§. 39 e 40.* ). Debbo adunque sviluppare al presente la dottrina, che riguarda il giudizio dello stato de'nervi ne'casi di atresia. — Due condizioni controindicanti.

§. 5. Io reputo un dovere pel buon oculista tentare l'operazione ognivoltacchè vi saranno segni, che potranno darc speranza di buona riuscita, e giudico un delitto assoggettare all'ope- — Quando si reputi un dovere il praticare l'operazione.

*

razione un uomo quando abbiasi la certezza, che non possa ricuperare verun grado di forza visiva.

Operazioni eseguite con segni controindicanti.

§. 6. Mi son noti però de' chirurgi, i quali hanno scientemente estratto le cateratte da occhi perduti per un' amaurosi confirmata evidente, la quale complicazione potrebbe altresì incontrarsi nei casi di atressia, ed allora si dovrà astenersi da tentare l' operazione, che sarà *controindicata*.

Notizie che riguardano il pronostico.

§. 7. Restringerò in pochi paragrafi ciò che riguarda l' esatta cognizione dello stato del sistema nervoso dell'occhio sotto il punto di veduta che serve a determinare il pronostico dell' operazione.

Quattro condizioni della retina.

§. 9. Quattro esser potranno le condizioni in cui si troverà la retina, e che possono andar congiunte a qualunque specie di atresia cioè la retina può trovarsi;

o nello stato di perfetta *amaurosi*.
o nello stato di perfetta sanità, ch' io nomino *igieneurosi*.
o nello stato di *semi-ambliopia amaurotica*.
o finalmente nello stato di *ambliopia*.

Come si conosca la perfetta amaurosi.

§. 10. La perfetta amaurosi è lo stato che più facilmente si conosce; poichè l' occhio in tale stato è privo della possibilità di percepire la luce, facoltà, che si conserva per quanto sia chiusa, o impedita la pupilla, e manca unicamente allorquando vi sia una paralisi perfetta de' nervi dell' occhio.

L'opacità della cornea o della lente non impedisce la percezione della luce.

§. 11. Se i nervi possono percepire la presenza della luce sempre potranno farla conoscere ancorchè sia macchiata la cornea e chiusa la pupilla, ed anche se fosse offuscata la lente, poichè le macchie della cornea lasciano passare molti raggi di luce, l' iride è molto diafana, più che non sembra a primo aspetto, ed anche la cateratta, se vi fosse, dà passaggio a molta luce.

L'oculista non si lascia illudere.

§. 12. L' oculista adunque non si lascierà ingannare dalle illusioni, che spesso contro il proprio interesse si fanno gl' infermi, e qualunque volta l' occhio da curarsi non potesse discernere prontamente e con sicurezza la viva luce dalle tenebre, giudicherà esservi amaurosi, che significa visione deperita, perduta, ossia morte de' nervi.

§. 13. Lo stato opposto vale a dire quello nel quale i nervi conservano tutta la loro forza, io lo chiamerò *igieneurosi* voce composta dai vocaboli greci *igiene*, e *neuros* il primo significa sanità, il secondo nervi, sanità de' nervi. Cosa s'intenda per igieneurosi.

§. 14. Questo stato facile a conoscersi quando la pupilla non sia impedita, perchè allora la facoltà della vista si conserva perfettamente, non si può conoscere che difficilmente quando esiste atresia, perchè è difficile determinare se il difetto della vista derivi dal vizio della pupilla oppure da quello de' nervi. Stato difficile a conoscersi quando vi è atresia.

§. 15. Per giudicare in questi casi richiedesi, che l'oculista conosca in primo luogo, quale sia lo stato dell'iride, quando i nervi sono sani, quale aspetto presenti l'occhio, e quali gradi di vista si conservino da coloro che hanno l'atresia senza vizio de' nervi. Cognizioni, che danno lume a questo giudizio.

§. 16. Quando i nervi sono sani l'iride presenta all'oculista esercitato un'aspetto vivace, il quale dipende dall'effetto delle frequenti contrazioni delle sue fibre cagionate dalla luce, le quali mantengono profonde le pliche radiate, e circolari. Inoltre essa si mostra palpitante sotto l'impressione della luce viva; perchè non potendo la pupilla allargarsi nelle tenebre, nè restringersi in piena luce stante l'opacità, ed i vincoli delle vicine parti, sempre l'iride però si muove per quanto il concede il vizio della pupilla, e così questa membrana conserva la forma e profondità delle sue pliche, e si contrae. Aspetto dell'iride nell'igieneurosi.

§. 17. Nello stato opposto quando i nervi sono viziati non esercitandosi più le contrazioni dell'iride le sue pliche si obliterano, e la detta membrana diventa floscia levigata ed immobile, il che influisce a darle un colore fosco e la sclerotica prende un colore nerastro, o tendente al blò in varj luoghi, locchè fa prendere all'occhio un'aspetto cupo, e come quello di un'occhio morto. Quando poi l'iride sia stata gravemente infiammata, e perciò l'occhio abbia perduta la sensibilità nervosa, questa membrana oltre alla tinta fosca, ed all'aspetto levigato acquista altresì una tinta verdastra color d'oliva, la quale dipende da essersi versata molta linfa dietro alla sua interna superficie. Aspetto dell'iride nello stato opposto.

Aspetto dell'occhio.

§. 18. Ciò riguarda l' aspetto dell' iride, ma quando i nervi sono viziati anche le altre parti dell' occhio prendono aspetto, che manifesta l' interno vizio nervoso, e sovvente osservasi nelle palpebre un movimento convulsivo per cui battono l' una contro l' altra aprendo e chiudendo l' occhio ad ogni istante per un' azione convulsiva. Questo movimento venne nominato dagli antichi maestri *nictitatio*, e noi lo chiamiamo *battito delle palpebre*, il quale è sempre indizio di qualche grado d' imperfezione nel sistema nervoso dell' occhio.

Movimento ondulatorio.

§. 19. Un' altro indizio che dimostra un grado più notabile d' imperfezione del sistema nervoso è il movimento ondulatorio del globo dell' occhio, questo movimento osservasi principalmente quando la facoltà di vedere è quasi nulla, ed osservasi negli occhi di coloro, che prima hanno sofferto il vajuolo, in questi casi il globo dell' occhio esercita ad ogni istante un movimento attorno al suo asse, ed io chiamo questo *movimento ondulatorio involontario*.

Derivazione della voce ambliopia.

§. 20. Premesse queste notizie sappia il mio lettore, che colla parola *ambliopia* intendiamo significare vista confusa, o incerta, vocabolo composto dalle voci *amblys* ottuso, ed *opsis* vista; io chiamo adunque ambliopia amaurotica, il massimo grado di vista imperfetta, che dipende da affezione de' nervi poichè la voce amaurosi significa vizio de' nervi.

Segni della semi-ambliopia.

§. 21. E seguendo la stessa regola, chiamo *semiambliopia amaurotica* la vista quasi incerta per difetto nervoso, e questo grado d' imperfezione della vista è sempre così leggiero, che se la pupilla non è impedita permette all' uomo di vedere molti oggetti e non toglie la possibilità di reggere i suoi passi, ed adempire senza guida alle funzioni di una vita volgare, non può per altro l' uomo in questo stato nè leggere, nè scrivere nè andare a caccia, nè far lavori minuti. Questi due stati de' nervi sono facili a conoscersi quando la pupilla è libera, ma ora spiegherò i segni, onde si conosce, quale de' due stati esista nell' occhio, quando anche la pupilla fosse impedita.

Se l'occhio percepisce la luce sarà esclusa l' amaurosi.

§. 22. Se l' occhio discerne con sicurezza la luce dalle tenebre l' oculista dichiarerà, che non vi è l' amaurosi perfetta, ma che uno degli altri tre stati di vista potrà andar congiunto alla atresia.

§. 23. Se poi la pupilla fosse chiusa soltanto in parte, e l'uomo potesse ad una luce favorevole discernere le forme de' corpi avvicinati al suo occhio, e distinguere le tinte più deboli, come sarebbe il giallo chiaro dal roseo, o il verde dal blò, allora si potrebbe sperare, che vi fosse igieneurosi, e meglio si potrebbe presumere, che questa vi fosse quando l' occhio potesse discernere i colori indicati ad onta, che la pupilla si trovasse quasi tutta impedita. Quando si potrà conoscere l'igieneurosi.

§. 24. Che se per lo contrario la pupilla non fosse interamente chiusa, ma l' occhio confondesse il rosso col nero, il blò col verde, allora vi sarebbe ragione di dubitare, che i nervi fossero viziati, e che l' atresia andasse congiunta alla ambliopia o alla semi-ambliopia amaurotica. Segni del vizio nervoso.

§. 25. Se finalmente fosse chiusa la pupilla, e l' uomo non potesse nemmen vicino all' occhio ed in luce favorevole discernere un corpo rosso da un nero, nè un bianco da un giallo ciò darà indizio di ambliopia. Indizii della semi ambliopia.

§. 26. Crescono più i sospetti della ambliopia, quando l' iride sia floscia, ovvero molto convessa, e levigata, quando sia immobile, e non palpitante, e quando si osservi il battito delle palpebre, e più ancora se a tutti questi segni del vizio nervoso si aggiunga l'ondulazione del globo dell'occhio, e la tinta nerastra della sclerotica. Altri segni dell' ambliopia.

§. 27. Allorchè l'iride sia poco mobile, ma non sia nè verdastra nè totalmente levigata, e floscia, ancorchè vi fosse battito delle palpebre si potrà presumere, che esista semi-ambliopia, e che l' uomo possa ricuperare per mezzo della coropeja un grado di vista utile a guidarlo in molte faccende, pricipalmente quando egli potesse ad onta della atresia discernere i corpi rossi, i bianchi, ed i neri alla distanza di due piedi in circa. Quando vi sia questo residuo di vista non si potrà dubitare, che o vi sarà l'igieneurosi o vi sarà una semi-ambliopia amaurotica, così nel caso di Sossio Feola portato nella *Tav. XI*, del *Lib. I*, e nell' *Ann. VII.*, si osservava aspetto fosco dell' occhio, movimenti dell' iride assai deboli e battito delle palpebre, ma poichè la pupilla vedevasi chiusa interamente, e ad onta di ciò l' uomo poteva con questo occhio discernere il giallo, dal bianco, ed il verde, dal blò, Indizio di ambliopia a pupilla chiusa.

mi determinai a far l'operazione, e di fatti si trovò una igieneurosi quasi perfetta sicchè l'uomo restò contentissimo dell'operazione.

Indizii della ambliopia.

§. 28. Ma se agl' indizii sfavorevoli notati nel caso sopracitato aggiungnesi un movimento ondulatorio del globo dell' occhio, se l'uomo non potesse discernere il color rosso dal nero, o dal roseo pallido vi sarà grande probabilità, che esista ambliopia amaurotica. Nel caso del Deliello pure citato nella *Annotazione VII*, del *Libro I*, vi era l'aspetto cupo degli occhi, il battito delle palpebre, e poca mobilità dell' iride, ma poichè non solo riconobbe la maggiore, e minor copia di luce, ma anche il color rosso, io mi lusingai di trovare una semi-ambliopia e praticai la coropeja, perchè attribuiva l'impossibilità di discernere il giallo dal bianco, ed il verde dal blò alla perfetta atresia, che notavasi ne' di lui occhi ma si trovò invece l' ambliopia.

Segni sicuri della ambliopia amaurotica.

§. 29. Sono segni certi della ambliopia amaurotica il movimento ondulatorio, l'impossibilità di discernere il color rosso, e l'aspetto dell' iride divenuta floscia, convessa, e verdastra; gli altri segni possono accompagnare la semi-ambliopia.

Pronostico da farsi ne' quattro stati de' nervi.

§. 30. Circa al pronostico questo sarà favorevole nell' igieneurosi, dubbio nel caso di semi-ambliopia e controindicante l'operazione tanto nel caso di amaurosi perfetta, come nel caso in cui l' ambliopia sia evidente, nel caso del Deliello ho praticato l' operazione sperando di trovare una semi-ambliopia, e rimasi deluso, ma tale sperimento servì di molto lume agli studiosi, ed io medesimo non aveva in quell' epoca la pratica acquistata in oggi per distinguere l' ambliopia dalla semi-ambliopia.

Grado di forza visiva che potrà ricuperare l' uomo ne' quattro stati dell'occhio.

§. 31. Quando esiste la semi-ambliopia l'uomo potrà acquistare un grado di forza visiva sufficiente ai bisogni della vita volgare, ma quando esiste l' amaurosi nulla egli acquista, e quando esiste ambliopia amaurotica potrà riconoscere un corpo bianco, un nero, un rosso portati alla viva luce, e avvicinati al di lui occhio, ma questa facoltà di vedere non gli è utile.

Quando la coropeja sia proibita, e quando si debba, o si possa tentare.

§. 32. Da quanto ho detto si raccoglie, che soltanto nel caso di amaurosi, ossia quando manchi ogni attitudine a percepire la luce sarà proibita la coropeja; perchè allora l' inutilità dell' operazione è evidente, ma nel caso d' igeneurosi sarà un dovere ten-

tarla, nel caso di ambliopia si può sperare di trovare la semi-ambliopia, ed in questo ultimo caso sempre l'operazione ben riuscita arreca qualche vantaggio. Si dovrà però in questo caso informare l'infermo del dubbio, e regolarsi a norma del desiderio, ch' egli manifesterà pria di tentare l'operazione.

Vizio de' nervi osservato nell'atresia generata da oftalmia vajolosa.

§. 33. Terminerò il mio discorso intorno allo stato de' nervi con avvisare il lettore, che allorquando l'atresia era conseguenza di un'oftalmia vajolosa ho trovato sempre qualche debolezza ai nervi più notabile di quel che sembrava prima, e questo stato rese men vantaggiosa l'operazione di quel tanto, che suol riuscire quando l'atresia dipende da oftalmia d'altra natura, talchè sebbene vi fossero indizii d' igieneurosi ho trovato la semi-ambliopia, e quando v' erano i segni della semi-ambliopia ho trovato una perfetta ambliopia; ma in questi casi di atresia il movimento ondulatorio del globo dell' occhio, o almeno il battito delle palpebre, che sempre si osserva annunzia all' oculista il vizio nervoso.

Casi in cui dovrà scegliere il metodo più opportuno.

§. 34. Fin qui ho detto quanto riguarda lo stato de'nervi; ma per determinare il metodo da preferirsi, e per conoscere le complicazioni, che possono incontrarsi il mio lettore oltre quel tanto che ho spiegato nel dare la patologia delle atresie troverà utili schiarimenti nel leggere le risoluzioni de' varii problemi e le storie che esporrò in seguito.

---

# CAPO VIII.

*In cui si dilucida il precetto IV; intorno la scelta della stanza, e delle posizioni opportune.*

Lume che si desidera per eseguire l'operazione.

§. 1. Il lume più opportuno, onde praticare le operazioni di oftalmiatria è quello, che cade obbliquamente sull'occhio dell'infermo, e che viene da un'ampia fenestra, quando il sole è sull'orizzonte; ma non batte co' suoi raggi dentro la stanza, perchè se ciò fosse sferzerebbe l'oculista, e l'infermo con notabile incommodità.

Stanza destinata per la cura consecutiva.

§. 2. Giova destinare per l'operazione una stanza vicina a quella in cui si vuol far giacere l'infermo, e che sia nello stesso piano affinchè appena compiuta l'operazione possa venir condotto al suo letto senza molto agitarlo, e senza fargli salire gradini. La stanza in cui si pratica l'operazione non sarà quella destinata per coricare l'infermo, acciò il letto non occupi il posto, che bisogna quasi sempre accordare agli spettatori, o parenti, o amici, o curiosi; inoltre la stanza deve essere libera da'romori che potrebbero disturbare l'attenzione dell'oculista, e deve essere difesa dalle correnti d'aria perchè nel momento difficile dell'operazione, quasi sempre, o l'oculista, o l'infermo sudano, ed allora se una corrente d'aria gli sorprende improvvisamente può questa recar danno alla salute sì dell'uno, che dell'altro; a tale effetto prescelgo una stanza, che abbia delle vetriate buone, e nitide, e preferisco quella, che abbia una sola fenestra aperta, onde i lumi non si confondano, ed anche mi giova, che la fenestra, o il balcone abbia i vetri molto bassi perchè la luce possa illuminare l'infermo anche quando si gittasse col capo all'indietro, e vicino al suolo.

Varie opinioni sulla posizione opportuna.

§. 3. Gli oculisti non sono tutti d'accordo circa alla posizione in cui deve stare l'infermo, ed a quella, in cui deve mettersi il professore. Or dunque spiegherò le posizioni, che soglio prescegliere dopo averne ponderato i vantaggi.

§. 4. L' infermo si mette a sedere su di uno sgabellino senza appoggio di dietro, e che sia alto circa mezzo piede, e si deve situarlo vicino alla fenestra, ma così di fianco che la maggior luce vada a battere sull' occhio di lato, in guisa che non sia riverberata sull'oculista; seduto così l'infermo, se gli fanno stendere le gambe in guisa che i piedi si tocchino ed i talloni sieno appoggiati al suolo. Situazione da darsi all'infermo

§. 5. L' oculista siederà sopra una sedia alta circa un piede, e mezzo ben solida ma sostenuta da quattro piedi semplici, e solidi. Questa sedia si colloca in guisa, che le gambe dell' infermo vi stieno sotto senza però toccarla, e così l'oculista nello star seduto potrà accavallare le di lui coscie, e serrarle fra i suoi ginocchi. Situazione per l'oculista.

§. 6. Se l' infermo fosse di bassa statura, allora si cercherà uno sgabellino più alto, perchè la sommità della di lui testa mentre stà seduto deve arrivare all' altezza delle clavicole dell' oculista postosi a sedere. Altezza della testa dell' infermo.

§. 7. Così situato l' infermo, e l' oculista, l' assistente tenendosi ritto in piedi dietro all' infermo dominerà comodamente la di lui testa, e gli occhi, ed appoggiando il suo petto contro l'occipite spingerà innanzi l'infermo, e manterrà la testa vicina al petto dell' oculista; affinchè egli non sia obbligato di stendere le braccia per toccare l'occhio infermo, posizione, che renderebbe difficili le manovre più semplici. Situazione dell' assistente.

§. 8. A proposito di che mi sia lecito citare un costume, assai ovvio; se nelle nostre mense taluno de' convitati incomincia a tagliare un pollo stendendo molto le braccia il vicino subito gli accosta il piatto su cui stà il pollo, e così lo ajuta, e rende più facile quella operazione, che sembrava difficile. La ragione di questa difficoltà si è, che allorquando i muscoli estensori dell' avambraccio, e gli elevatori dell' omero stanno in azione per sostenere, e distendere il braccio la funzione di tagliare, che viene praticata dai muscoli flessori della mano, e delle dita riesce difficile, e mal sicura avendo questi un appoggio vacillante nelle ossa, le quali vacillano subitochè gli estensori, e levatori sudetti sono stanchi di agire, e contraersi, e perciò se l' estensione dura Perchè giovi accostare l'occhio infermo all' oculista.

*

a lungo la mano perde la sua fermezza, ma quando i muscoli dell'omero saranno in una semi-contrazione, e se le ossa verranno sostenute da' legamenti lor proprj, allora la mano sarà ferma, e stabile, come osservasi quando le braccia non sono molto distese, ed alzate.

Situazione delle mani dell' assistente.

§. 9. L' assistente avrà inoltre cura di portare una mano sotto al mento dell' infermo, e presceglierà sempre quella, che risponde all' occhio su cui l' oculista non fa operazione, portando l' altra mano sulla fronte dell' infermo in guisa da esser pronto a sostenere il margine della palpebra superiore contro della quale appoggierà i polpastrelli delle dita indice, e medio, e solleverà con questi anche i peli componenti le ciglia. ( *Ved. Tav. I. Fig. 1.* ).

Precauzione riguardo alle braccia dell' infermo.

§. 10. Così situato l' infermo, l' assistente, e l' oculista io lascio libere le di lui braccia, ma procuro di aver vicino a me un' altra persona la quale stia in attenzione, e se mai l' infermo si agitasse colle braccia afferrerà le mani, e le terrà incrocciate sulle di lui coscie.

Vantaggio della posizione descritta.

§. 11. A questo modo l' infermo si crede libero, ma è vincolato quanto occorre, e perde ogni attitudine ad alzarsi in piedi, ed a fuggire dalle nostre mani, o a discostarsi dalla mano dell'oculista, perchè sta seduto assai basso, nè può alzarsi all' impiedi mancandogli ogni appoggio sotto le piante, mentre ha le gambe distese in guisa che soltanto i di lui talloni giungono a toccare il suolo.

Apparecchio imaginato perchè gl' infermi non fuggissero.

§. 12. Varj anni sono avendo io sperimentato difficoltà notabili allorchè gl' infermi si alzavano in piedi, e se ne fuggivano senza lasciarmi terminare l' operazione avea immaginato un' apparecchio semplice la cui teoria è tratta dalla usanza che hanno i veterinarj, i quali per facilmente eseguire le operazioni più difficili sopra i cavalli gli sospendono in aria; e così privano l' animale del punto d' appoggio, che troverebbe sul suolo. Questo apparecchio consisteva in una larga fascia di pelle sospesa alla mia sedia, la quale passando sotto ai polpacci delle gambe dell' infermo le teneva sospese in aria, e così lo rendeva immobile.

Si supplisce all' apparecchio facendo seder basso l' infermo.

§. 13. Questo artificio è buonissimo perchè non reca nè incommodità, nè spavento all' infermo, e gli rende impossibile alzarsi all' impiedi, ma in pratica mi sono convinto, che si ottiene, il

medesimo effetto faccendo seder molto basso l' infermo, e faccendolo stare colle gambe distese, e serrando le di lui coscie fra le mie ginocchia, e perciò abbandonai l' uso della sudetta fascia.

Vantaggi della descritta posizione.

§. 14. La posizione descritta or ora ha dunque il vantaggio di togliere all' infermo ogni opportunità ad alzarsi in piedi, e fa che l' assistente dominar possa bene la testa, e gli occhi dell' infermo, prestando all' oculista il commodo di agire senza tener le braccia nè troppo distese, nè troppo elevate talchè egli può stare come se volesse disegnare, o scrivere.

Uso de' francesi.

§. 15. Ho notato, che i francesi, poichè hanno abitudine di fare i loro studj standosi ritti in piedi, e poichè sogliono abituarsi di buon ora a lavorare di anatomia, ed a fare le chirurgiche operazioni stando all' impiedi, cosa che si desidera, da molti maestri onde possano praticarle con franchezza anche sul campo di battaglia, ove mancano spesso le commodità necessarie, così sogliono preferire la posizione all' impiedi, anche per le nostre operazioni, io non posso dunque condannare quest' uso perchè ognuno ha dritto di presciegliere quella posizione la quale gli sembra più comoda, e che suol preferire nel mettersi a scrivere, o a disegnare.

Svantaggio di chi è abituato a starsi ritto in piedi.

§. 16. Faccio però notare al mio lettore, che colui il quale avesse abitudine di lavorare stando seduto avrà il vantaggio, che porta la situazione bassa dell' oculista, cioè quello di poter far sedere l' infermo sopra uno sgabellino basso perchè dovendo stare colle gambe distese, e toccare il suolo unicamente coi talloni costui perderà il punto d' appoggio necessario ad alzarsi in piedi. Basta dare una occhiata alla *Tav. I. Fig. 1.*, onde convincersi del vantaggio delle indicate posizioni.

Se l' infermo stasse in piedi.

§. 17. Ognuno intende, che quando l' infermo si stia ritto in piedi egli facilmente potrà fuggire dalle mani del suo liberatore, e che saremo imbarazzati moltissimo, ogni qualvolta trattasi di curare un' uomo alto di statura, nè l' assistente ci potrà dar facile ajuto.

Se l' oculista solo vuole stare all' impiedi.

§. 18. Se però ad oggetto di rendere immobile l' infermo lo facessimo sedere, e se l' oculista volesse stare ritto in piedi ognuno intende qual posizione incommoda dovrà tener l' oculista, e come gli riuscirà difficile serrare le coscie dell' infermo mediante le sue

ginocchia, e quando l' operazione riuscisse lunga egli si stancherebbe, e non potrebbe agire con quella posatezza, e calma, che si richiede.

Chi preferisca di star seduto.

§. 19. Ho notato, che la maggior parte degli italiani, tedeschi, ed inglesi, come sogliono accudire ai loro studj stando seduti preferiscono questa posizione, e quindi godono i vantaggi di sopra descritti.

Appoggi vani usati da' nostri maestri.

§. 20. I nostri maestri non si credevano mai abbastanza fermi col braccio, e non solamente aveano in uso di star seduti, ma ben anche si mettevano de' guanciali sul ginocchio, e su questi appoggiavano il gomito; oppure mettevano il piede su di un banchettino per alzare un ginocchio e vi appoggiavano sopra il gomito, onde trovare maggior fermezza alla mano, ma queste posizioni impediscono sempre l' agilità necessaria, e poi se l' infermo si muove, e cangia di posizione allora bisogna abbandonare il consueto appoggio, e l' oculista si trova subito imbarazzato; e dirò in ultimo luogo, che non sembrami decevole ad un uomo ben destro mostrar bisogno di tali appoggi.

Come si metta un bambino.

§. 21. Allochè l' infermo fosse un' uomo assai picciolo, oppure un bambino, lo faccio sedere sopra di uno sgabello alto più d'un piede, e faccio sostenere le di lui gambe mediante un cuscino buttato a terra che solleva i piedi, e mi contento che la testa dell' infermo giunga all' altezza de' miei ipocondri.

Posizione dell' assistente in questi casi.

§. 22. In questo caso faccio star seduto l' assistente, il quale serra fra le sue coscie le braccia ed il tronco dell' infermo, e ne sostiene il capo mediante il suo ventre, o col petto.

## PROBLEMA I.

*Dato un caso di ceratoscotesi in cui la metà inferiore della cornea sia diafana praticare l' ectomia.*

### RISOLUZIONE.

Regola prima.

Dopo aver posto in esecuzione i quattro precetti dilucidati più sopra, l' oculista praticherà un taglio lungo il margine inferiore della cornea per la lunghezza di due linee circa.

Regola seconda.

Per la fatta apertura, egli tirerà fuori porzione dell' iride, e la reciderà in guisa, che rimanga in questa membrana un' apertura uguale a due linee quadrate, e così sarà praticata l' ectomia.

# CAPO IX.

*In cui spiegasi la regola prima.*

§. 1. Onde aprire facilmente la cornea l'oculista deve discostare le palpebre dell'occhio su cui vuol praticare il taglio, e quindi egli abbasserà la palpebra inferiore mediante i polpastrelli delle sue dita medio ed indice, e giugnerà colla punta delle stesse a toccare il globo dell'occhio, inoltre appoggerà una delle due dita vicino alla caruncola lagrimale, onde impedire che l'occhio si volga verso il canto interno. In ciò fare l'oculista impiegherà la mano dritta per contenere l'occhio dritto, e la sinistra pel sinistro, dovendo condurre il coltello sempre coll'altra mano. Come si aprano le palpebre dell' occhio su cui vuolsi praticare l' operazione.

§. 2. Prima di portare le dita sull'occhio sarà utile invitare l'infermo a volgere gli occhi verso la fenestra da cui viene il lume, cosa che difficilmente si ottiene dagli infermi idioti, dai sordi, o dai fanciulli indocili sui quali non potendo riuscire colle persuasive, che io nomino mezzi morali, impiego il doppio filo passato per la congiuntiva di cui ho detto ( *Artic. I. §. 10.* ). Come si faccia diriger l' occhio all' infermo.

§. 3. Ridotto in posizione l' occhio, e fermatolo appena con una mano si prenderà coll' altra un coltello da cateratta provato sulla pelle de' battiloro un momento prima. Questo coltello si prende come una penna da scrivere, cioè fra il dito indice, ed il pollice se ne afferra il manico, e si distende il dito medio fin sul piatto della lama, onde averla più ferma ( *Vedi Tav. II. Fig. 3.* ). Come si prenda il coltello.

§. 4. Allora si dirigerà la punta del coltello contro la cornea in vicinanza alla sua periferia, e dalla parte dell'angolo esterno, e si farà, che attraversi la densità di questa membrana così perpendicolarmente, come se si volesse ferire l'iride, ma tostocchè la punta sarà penetrata nella camera anteriore, questa si volgerà, e si spingerà la lama in guisa, che vada avanzandosi entro la camera anteriore e la percorra per la lunghezza di due linee con Come si porti la punta del coltello.

direzione paralella alla superficie dell' iride, indi continuando a spingere la punta del coltello le si farà trapassare la densità della cornea verso l' angolo interno.

Passaggio denominato punzione della cornea.

§. 5. Questo passaggio del coltello determina, come s' intende la lunghezza del taglio, ed io lo comprendo sotto il nome di punzione della cornea ( *Vedi Tav. I. Fig. 4 e 6.* ).

Errore de' principianti.

§. 6. Quasi tutt' i principianti ( appena fatta la punzione ) per un ardore mal calcolato di veder compiuta l'operazione, tirano a se medesimi il coltello voltandone il dorso contro l' iride, e d' un colpo finiscono il taglio, ma questa direzione è molto dannosa perchè si dà una scossa all' occhio, e si stira la sclerotica allontanandola dalla periferia della lente in guisa, che ne può risultare, che la casula si distacchi dai legamenti cigliari, e da ciò può avere origine la fatale disorganizzazione della lente.

Come si debba compiere il taglio.

§. 7. Onde evitare, che la pressione dell' occhio faccia distaccare la lente da' suoi legamenti dopo tagliata la cornea. Devesi raccomandare all' assistente, che finita la punzione, egli ritiri le dita dalla palpebra superiore lasciandola scendere con dolcezza; e l' oculista allontanerà le sue dita dall' occhio, che ormai non può sfuggire dal coltello, ma spingerà innanzi la punta del ferro volgendola in alto, ed all' infuori per discostarla dal dorso del naso dell'infermo ( *Vedi Tav. I. Fig. 4.* ), e così portando il coltello taglierà dolcemente, e per gradi la cornea finchè il taglio sarà compiuto.

Come agisca il coltello nel passaggio.

§. 8. È cosa degna d' osservazione, che mentre il coltello passa a questo modo, esso sforza il margine della cornea a separarsi dalla sclerotica siccome farebbe un cuneo posto fra l' una, e l' altra membrana per dividerle, e le separa per meccanica necessità allorchè viene spinto sempre in avanti verso la radice del naso, perchè la sua forma è ben calcolata.

Quando si abbandonino le palpebre.

§. 9. Quando il taglio è quasi compiuto l' assistente deve finire di abbandonare la palpebra superiore, e nello stesso momento io abbandono la inferiore in guisa, che finisco quasi sempre il taglio sotto alle palpebre nell' atto in cui si chiudono, ed uso qualche destrezza, onde evitare di ferirle.

Importanza di questo avvertimento.

§. 10. Chiunque abbia esercitata con attenzione l' arte nostra intenderà l' importanza di questo avvertimento; poichè avrà osser-

vato, che nel fare il taglio, l' acqueo viene spinto fuori dell'occhio con impeto, e si presenta l' ernia dell' iride, locchè dimostra, che i muscoli dell' occhio sono in contrazione, ma questa cessa quando l'oculista, e l'assistente abbandonano lentamente le palpebre.

§. 11. Più e più volte ho veduto rientrare interamente l' iride subitochè avevamo lasciato chiudersi le palpebre, e ricompariva l' ernia, quando si voleva aprire l'occhio comprimendole. Questa pressione delle palpebre esercitata a lungo mi fece in qualche raro caso distaccare la casula dalla sua periferia dando passaggio a porzioni del cristallino, o del vitreo che si viddero uscire per la ferita. Dopo di che sempre ha luogo la formazione di una cateratta consecutiva stante la disorganizzazione della lente. Danno della pressione delle palpebre protratta a lungo.

§. 12. Nel momento della punzione l' oculista dee por mente a non infossare troppo la punta del coltello, che se nò la ferita dell' iride sarà inevitabile. Allorchè questa rimane intatta dopo il taglio della cornea ciò è utile poichè l' acqueo della camera posteriore non esce fuori, e serve a contenere la casula e la lente in sito, non che a spinger fuori l' iride fra i lembi della ferita. Si deve evitare di ferir l' iride nel tempo della punzione.

§. 13. In tutto il corso dell' operazione, e principalmente dopo fatta la punzione l' oculista non maneggierà i ferri se l' occhio non sia in calma e deve spesso abbandonare le palpebre, onde evitare le forti contrazioni del globo dell' occhio, le quali prima, che il taglio sia compiuto sono dannose perchè spingono l' iride contro il coltello, e dopo fatto il taglio urtano la lente, e la casula in guisa, che la spingono in parte fuori dell' occhio e minacciano di farla uscire. Come si eviterà di agire in caso di contrazione del globo dell'occhio.

§. 14. Ho veduto qualche oculista il quale niente calcolando gli effetti della contrazione de' muscoli in tempo dell' operazione continuava a tenere aperto l' occhio, anche dopo compiuto il taglio della cornea quantunque l'iride si mostrasse molto sporgente per effetto della contrazione muscolare, indizio, che ben presto si sarebbe spezzata la casula, e ciò sarebbe sicuramente accaduto se io non gli avessi raccomandato di sospendere l' operazione, e lasciar chiudere le palpebre, onde calmare l' occhio. Errore di qualche oculista.

Appoggio più addattato per fare il taglio della cornea.

§. 15. Nel tempo in cui si pratica il taglio della cornea la mano armata del ferro troverà un comodo appoggio sullo zigoma, e sulle tempia dell' infermo, nè dovrà cercarlo altrove poichè se il braccio, o la mano si appoggiasse ad una parte fuori del corpo dell' infermo come sarebbe o ad uno sgabello, o al ginocchio dell' oculista qualunque movimento di costui farebbe mancar l' appoggio.

Utilità, che il taglio della cornea sia marginale.

§. 16. Ho detto, che il taglio della cornea esser dee marginale, e ciò per due motivi, primo che se fosse lontano dal margine occuperebbe una porzione del campo destinato alla nuova pupilla, ed in secondo luogo, che la pinzetta penetrando pel taglio verrebbe a cadere sulla parte media dell' iride, la quale facilmente si lacera, e ciò dà origine a molta difficoltà onde tirar fuori l' iride perchè una volta lacerata si ritira dai contorni della ferita per causa dell' uscita dell' acqueo, e quando si volesse dirigere la pinzetta ad afferrare la maggior periferia dell' iride, il lembo della cornea tagliata si metterebbe, entro gli estremi della pinzetta. Quando l' oculista non può afferrare l' iride nella sua maggior periferia ed in vicinanza al margine dentato, che si unisce alla coroidea, facilmente essa si lacera, e con molto stento se ne tira fuori quanto bisogna a formare l' apertura desiderata; chi avrà provato una sol volta l' imbarazzo in cui ci troviamo quando il taglio riesce lontano dalla periferia della cornea, o quando si afferra l' iride in vicinanza al margine pupillare e che questa si lacera, ne sarà tosto convinto.

Lunghezza del taglio della cornea.

§. 17. Ho determinato, che il taglio dovrà essere lungo circa tre linee al di fuori, e non minore di due linee nella superficie interna della cornea, la ragione si è che se fosse troppo picciolo non solamente s' introdurrebbero con difficoltà le pinzette ma la nuova pupilla riuscirebbe picciola oltremodo, perchè ne' casi di semplice ectomia il taglio della cornea forma la base della nuova pupilla.

Perchè non debba esser troppo grande.

§. 18. Nè si deve eccedere facendo il taglio assai grande poichè se fosse uguale a metà della periferia della cornea vi sarebbe molta probabilità, che ad ogni tenue contrazione dell' occhio

uscisse fuori la lente, o si distaccasse la casula dai legamenti cigliari; ed allorquando è molto aperta la cornea la sola casula non può opporre sufficiente resistenza al vitreo, che viene compresso dalle contrazioni de' muscoli; e nel voler uscire lacera la casula, e spinge fuori la lente.

Danno del taglio obbliquo nella cornea.

§. 19. Finisco il presente capo con raccomandare all' oculista di non dirigere il coltello troppo obbliquamente attraverso le lamine della cornea, poichè questa membrana essendo molto grossa, quando viene tagliata obbliquamente presenta un margine di taglio troppo largo, e così l' apertura della camera anteriore riesce picciola, quantunque il taglio all' esterno sia grande, e quel bordo della cornea tagliata si presenta sotto la pinzetta, e vien pizzicato invece dell' iride, oppure esso trasporta la pinzetta verso il margine pupillare, ove l' iride è più tenue, e più facile a lacerarsi; e quindi non può venire presa e tirata fuori colla desiderata facilità, come addiviene quando la pinzetta giugne al margine dentato dell' iride.

---

# CAPO X.

*In cui si dilucida la regola seconda.*

Come si presenti l' iride.

§. 1. Se l' apertura della cornea sarà stata eseguita bene, cioè se uguaglierà in lunghezza due linee nel suo interno, e sarà vicina alla periferia, se finalmente la lente sarà intatta; appena uscito l' acqueo della camera anteriore la membrana dell' iride si presenterà fra i lembi della ferita.

Causa di questo fenomeno.

§. 2. Ciò addiviene per meccanica necessità sotto le contrazioni le più tenui de' muscoli dell' occhio, le quali fanno cader fuori l' acqueo della camera anteriore e manderebbero fuori ben tosto quello della camera posteriore se l' iride non lo impedisse perchè vi si trova dinanzi, e si mette fra i lembi della ferita formandovi, come un' ernia. ( *Vedi Tav. VI. Fig.* 2. ).

Come si tiri fuori l' iride.

§. 3. Allora si aprirà di nuovo l' occhio elevando alcun poco la palpebra superiore e si potrà facilmente vedere ed afferrare l' iride mediante la pinzetta dentata ( *vedi Tav. I. Fig. 7.* ), e se ne tirerà fuori un buon pezzo, che corrisponda a tutta l' estensione del taglio fatto nella cornea e questo si taglierà via mediante le forbici.

Perchè debba esser presa obbliquamente.

§. 4. È utilissima diligenza quella di prendere obbliquamente e fermamente l' iride colla pinzetta non già di prenderla in un sol punto perchè allora sfuggirebbe, e non se ne porterebbe via, quanto può bastare per aprire una grande pupilla; e gioverà tirarne fuori un gran pezzo innanzi di cominciare a reciderla perchè in tal guisa se ne toglie buona porzione ad un tratto, e ciò riesce più facile quando l' iride sia stata presa obbliquamente siccome ho detto perchè se ne cava fuori una striscia lunga quanto la ferita della cornea, e si anderà tagliando via l' iride lentamente, o a più riprese perchè i due estremi dell' iride restino ai lembi estremi della ferita della cornea. La *Tav. I. Fig. 7.*, rappresenta questo momento del taglio

dell' iride, ma la pinzetta sebbene abbia preso l'iride obbliquamente si rappresenta raddrizzata nell' atto di portarvi sopra le forbici, la *figura* 6., indica il primo momento in cui la pinzetta afferra l' ernia dell' iride obbliquamente.

§. 5. Importa moltissimo che si prenda largo tratto dell' iride colle branche, e non colla punta della pinzetta in questo primo momento in cui l' iride è intatta, perchè dopo essendo quella ormai perforata l' umore acqueo della camera posteriore esce fuori, e l' allontana dalla ferita, o almeno non favorisce più l' uscita della sudetta membrana, cosa, che rende assai difficile ripigliare nuove porzioni d' iride per dilatare la sua apertura quando fosse riuscita picciola. Perchè sia utile togliere molta parte dell' iride.

§. 6. Si ricordi l' oculista, che è molto dannoso agire con mano incerta in questo tempo dell' operazione poichè se l' iride sfugge dalla pinzetta dopo essere stata presa, quella parte contusa và sottoposta ad infiammarsi gravemente, e talvolta si gonfia immediatamente, e manda fuori molto sangue, come in quella fatale emoragia, che succede all' estrazione della cateratta male eseguita. Perchè non si debba agire con mano incerta.

§. 7. Sarà dunque ottimo consiglio non lasciare sfuggir l' iride una volta presa, e se mai rientrasse nell' occhio bisognerà afferrar di nuovo il pezzo contuso, e tagliarlo via prontamente. Perchè non si debba lasciare sfuggir l' iride.

§. 8. L' iride essendo una membrana cedevole, e pieghettata si distende molto, in guisacchè possiamo tirarne fuori una porzione larga una linea, ed anche due senza giungere a staccarla dal margine dentato della coroidea. Giova reciderla in vicinanza alla sua periferia senza distaccarla, perchè se non ha luogo il distacco dalla coroidea l' emoragia che seguita la recisione è assai tenue. Perchè l' iride si distenda.

§. 9. Allorchè l' iride viene distaccata dalla coroidea vedesi tosto una emoragia, la quale ingombra tutta la camera anteriore, e nasconde la nuova pupilla, ed occulta l' iride locchè dà luogo all' ifemia accidentale grave siccome ho spiegato nel *Capo II.* §§. 13 e 42. Emoragia dopo il distacco dell' iride.

§. 10. Gli oculisti hanno distinto col nome d' ifemia, la comparsa del sangue sotto la cornea perciò ho conservato questa denominazione, ma chiamo ifemia accidentale tenue quella che si osserva Nome applicato a questa specie d' emoragia.

dopo recisa l'iride senza distaccarla, e dico *ifemia grave* quella emoragia abbondante, che si presenta subitochè l'iride viene distaccata dal margine dentato della coroidea. L'ifemia tenue cessa prontamente, ma l'ifemia grave può ingombrare la camera anteriore troppo a lungo, e può dare origine ad una cateratta spuria, quindi si richiedono particolari diligenze, come dirò a suo tempo.

Direzione che prende il margine pupillare dell'iride.

§. 11. Nell' eseguire questa operazione ho osservato più fiate quale direzione prendeva il margine pupillare dell'iride, ed ho veduto, che la pupilla, la quale era tutta nascosta dietro al leucoma centrale subito fatto il taglio discendeva in vicinanza alla periferia, e si mostrava aperta, quantunque l'iride non fosse stata ancora tagliata.

Quando la pupilla discenda.

§. 12. Questa discesa della pupilla si osserva allorquando il margine pupillare non è aderente alla cornea, o quando vi sia debolmente attaccato, e viene occasionata dall'umore acqueo della camera posteriore, il quale spingendo l'iride fuori pei margini della cornea ferita fa sì che il margine pupillare discenda, ed esca fuori dal lume del leucoma.

Forma che prende la nuova pupilla.

§. 13. Ho osservato inoltre, che tagliata via una porzione d'iride la nuova pupilla risulta in gran parte dalla pupilla naturale, e che la porzione superiore del margine pupillare dell'iride suole formare come un'arco al di sopra della nuova pupilla, il quale è come appoggiato sopra due linee rette convergenti, che costituiscono i margini della nuova pupilla, e che vanno a finire ne' due estremi confini del taglio della cornea. ( *Vedi Tav. VI. Figura 2 e 3.* )

Come si faccia picciola la nuova pupilla mentre si taglia via l'iride.

§. 14. In qualche caso volendo io ampliare la nuova pupilla così ottenuta ho preso uno di questi lembi dell'iride, mediante una pinzetta acuta, e l'ho tirato fuori per reciderlo, ma mi avviddi, che allora l'arco superiore della nuova pupilla discendeva in basso, l'iride si espandeva e quantunque io recidessi nuova porzione d'iride la pupilla si faceva più angusta, e non più larga, siccome io avea sperato.

Origine del Teorema I.

§. 15. Queste osservazioni mi hanno dunque fatto investigare la risoluzione del teorema susseguente, che venne da me pro-

posto nella fine dell' anno 1814, ad un consesso di dotti chirurghi, i quali ne restarono maravigliati, nè alcuno di loro potè darne la soluzione.

## TEOREMA I.

### *Intorno ai diametri delle nuove pupille.*

*Dato che venga praticata l' ectomia determinare se la nuova pupilla sarà in ragion diretta della quantità d' iride, che si è tolta dall' occhio; ed indicare in quale proporzione si troveranno le sue dimensioni.* Dato per ipotesi.

Il diametro della nuova pupilla non sarà costantemente nella semplice ragion diretta della quantità d' iride, che è stata recisa via dall'occhio; ma in una ragione composta, la quale risulta dalla dimensione dell'iride portata via, e dal diametro della ferita praticata nella cornea. Risoluzione.

La dimostrazione di ciò è facile quando si consideri, che l'iride siccome ho detto più sopra. ( *Cap. I. §. 27.* ) è una membrana pieghettata, e cedevole in guisa, che si distende nell' atto in cui viene tirata fuori, e viene spinta contro i due estremi del taglio fatto nella cornea anche dopo compiuta l' operazione per l' urto dell' umore acqueo, il quale esce di continuo, quindi i due lembi convergenti dell' iride, che formano i lati della nuova pupilla saranno tanto lontani fra di loro per quanto è lungo il taglio della cornea e da ciò si può concepire, che la nuova pupilla mantiene una certa proporzione colla quantità d' iride tolta via dall' occhio, ed anche col diametro del taglio fatto nella cornea, il quale ne costituisce la base e perciò influisce alla sua dimensione. Dimostrazione.

# CAPO XI.

*Conseguenze, che si deducono dall' esposto teorema.*

Quando sia inutile anzi dannoso toglier via nuove porzioni d' iride.

§. 1. Da questo teorema e da quanto ho detto al §. 14, ne viene, che se mai dopo fatta la prima recisione dell' iride osserviamo, che le due estremità recise di questa membrana sieno poste alle due estremità del taglio della cornea, non vi sarà a sperare, che tagliando novelle porzioni d' iride s' ingrandisca la nuova pupilla, ma anzi essa s' impicciolirebbe, poichè l' arco superiore del margine pupillare s' avvicinerebbe alla periferia tagliata della cornea. ( *Ved. Tav. VI. Fig. 3 e 4.* ).

Conseguenze utili in pratica.

§. 2. Ecco perchè ho raccomandato, che il taglio penetrante nella camera anteriore sia lungo due linee ed anche qualche cosa di più ( *Problema I. Regola I.* ) in caso di *ectomia*, è raccomando ora particolarmente, che se gli estremi dell' iride fossero impegnati negli estremi del taglio della cornea non se ne tagli via più, cosa che insensatamente ho praticato io medesimo perchè credeva, che in questi casi d' operazione quanto più iride si toglierebbe più s' ingrandirebbe la pupilla.

Esempio opportuno nella storia Prima.

§. 3. Questi avvertimenti vengono dilucidati dalla Storia I. la quale offre un' esempio atto a dimostrare l' esposta teoria, e dalla tavola corrispondente.

Caso di aplocia dell' iride.

§. 4. Se però l' iride si svilupasse dopo essere stata recisa dando luogo all' aplocia di cui si è parlato, l' oculista dovrà tosto porvi riparo come si spiega nella Storia VII. ( *vedi Tav. IV. Fig. 6 e 7.* ), tagliando via nuove porzioni d' iride.

La dialisi non è soggetta alla stessa legge.

§. 5. Avvertasi finalmente, che questo teorema è applicabile soltanto ai casi di ectomia, e quindi se nel tirar fuori l' iride avesse luogo la dialisi, allora non reggerebbe la stessa proporzione, ma anzi allora sarebbe conducente tagliar via molte porzioni d' iride, e la nuova pupilla resterebbe aperta in un luogo lontano dal taglio.

# CAPO XII.

*In cui vengono esposte le principali difficoltà, che s' incontrano nel momento dell' operazione, e si danno ulteriori spiegazioni sulla maniera di portarvi riparo.*

§. 1. Il mio lettore avrà notato, che sebbene il taglio della cornea sia riuscito conforme a quanto venne prescritto nel dilucidare la regola prima, e quantunque l' iride venga portata via come prescrive la regola seconda senza lacerarsi, nulladimeno tre fenomeni sogliono mettere ostacolo alla buona riuscita della ectomia, e sono la contrazione de' muscoli, l' ifemia, e l' aplocia dell' iride.

Tre difficoltà che si oppongono alla buona riuscita quando anche le regole vengano eseguite con precisione.

§. 2. La contrazione de' muscoli del globo dell' occhio si deve, come ho detto evitare cercando di non fare pressioni forti sull' occhio, e non comprimendo neppure le palpebre, nè tormentandole nell' atto di eseguire il taglio della cornea, o la recisione dell' iride, poichè le forti pressioni eseguite nel contorno dell' orbita a motivo delle communicazioni ben cognite agli anatomici fra il quinto pajo de' nervi, ed il motor commune influiscono a determinare la contrazione de' muscoli.

Come si eviti la contrazione muscolare.

§. 3. Questa contrazione diventa sommamente pericolosa allorchè la cornea è aperta, poichè allora l' umor vitreo spinto verso i contorni della ferita potrebbe o rompere o distaccare la casula non trovando molta resistenza ad uscire nel luogo dove la cornea è stata distaccata dalla sua periferia.

Momento in cui la contrazione è pericolosa.

§. 4. Ho raccomandato perciò al *Capo IX. §. 9.*, che sul terminare del taglio si lascino chiuder le palpebre, e si tolgano via le dita dal contorno dell' orbita onde far cessare le contrazioni de' muscoli.

Precetto più sopra spiegato.

§. 5. Queste contrazioni sono di breve durata, e quando si lascia chiuder l' occhio cessano tosto, e si ha il vantaggio, che le palpebre appoggiandosi sulla cornea tagliata oppongano una

Come cessino le contrazioni.

resistenza all' uscita della lente, o del vitreo, e facciano anche rientrare l' iride se fosse sporgente fuori per la ferita a guisa d' ernia.

Segni della contrazione.

§. 6. Un oculista attento sentirà palpitare l' occhio sotto le proprie dita nel momento dell' operazione, e conoscerà dal suo cominciare lo sviluppo della convulsione pericolosa per via de' movimenti proprj di un' occhio palpitante, e convulso; ma più manifestamente egli conoscerà il pericolo, che si perda la lente, o che almeno si rompa la casula, quando sotto le contrazioni muscolari, egli vedrà uscire in parte l' iride, e formarsi un' ernia più o meno grande secondo la forza delle contrazioni e se l' iride fosse stata tagliata via potrà egli osservare il corpo della lente, che si presenta invece dell' ernia fra i lembi della cornea ferita ( *Vedi tav. III. Fig. 7 e tav. IX. Fig. 5.* ).

Come si debba regolare l'oculista in caso di contrazione.

§. 7. L' abilità dell' oculista consiste nel sapere fino a qual punto egli possa trascurare questi segni di contrazione. Prima di acquistare tali cognizioni pratiche ho perduto più fiate un momento opportuno per timore di una picciola contrazione, e talvolta per troppo ardire ho continuato l' operazione in tempo, che le forti contrazioni muscolari hanno prodotto la rottura della casula, e l' uscita, o della lente, o del vitreo.

Dimensione dell' ernia quando la contrazione diventa pericolosa.

§. 8. Dopo questi accidenti ho addottato per norma l' avvertenza di sospendere l' operazione, e dar riposo all' occhio tostochè l' ernia dell' iride acquista il diametro di una linea, e mezza, oppure quando la lente presenta fra i lembi della ferita una superficie larga una linea; finchè tali disordini non appajano continuo l' operazione.

Felici risultamenti ottenuti.

§. 9. Determinata questa norma alle mie manovre ho quasi sempre ottenuto felici risultamenti dalla coropeja perchè ho profittato de' momenti in cui le palpebre stavano aperte senza contrazione, che mettesse a rischio la lente.

Ifemia accidentale.

§. 10. Riguardo all' ifemia siccome ho detto, io la distinguo in tenue, e grave, e la prima non può recare verun danno all' occhio, e può venir trascurata nel tempo dell' operazione sul finir della quale esce quasi sempre il sangue in compagnia dell' umore acqueo, e così quella si dissipa, e se nella camera anteriore rimane qualche porzione di sangue, questo poi esce coll' umor acqueo, che suole sgocciolare nelle prime 24 ore dopo l' ectomia.

§. 11. Non così se ha luogo l'ifemia accidentale grave, in questo caso, un'oculista attento vedrà prima staccarsi la periferia dell'iride dal margine dentato della coroidea, e pronosticherà la formazione dell'ifemia grave innanzi che questa abbia luogo, se però non gli riuscisse veder questo distacco si accorgerà, che l'ifemia accidentale è grave perchè vedrà molta parte della camera anteriore ingombrata dal sangue, e perchè questa non si sgombrerà nè per la prima, nè per la seconda uscita dell'umor acqueo, ma resterà impedita così, che l'oculista non potrà vedere il campo della nuova pupilla per lungo tempo. Segni dell' ifemia grave.

§. 12. In questo caso sarà necessario tener chiuso l'occhio per quattro, o cinque minuti primi dopo compiuta la recisione dell'iride, e passato questo tempo si apriranno le palpebre, e si alzerà alcun poco la cornea mediante la pinzetta acuta che s'introdurrà fra i margini della ferita ( *vedi la Tav. II. Fig. 8.* ), e così si farà uscire molto acqueo mescolato al sangue, e si dovrà porre attenzione perchè se si presentasse fra i margini della ferita qualche grumo del sangue che si fosse coagulato nel tempo in cui l'occhio si tenne chiuso questo dovrà esser tirato fuori mediante l'indicata pinzetta, e condurrà seco altri piccioli grumi, e così si vedrà ben tosto svanita l'ifemia grave, e si manifesterà la nuova pupilla senza bisogno di altro espediente. Come si tolga questa ifemia.

§. 13. Vi sono stati de' professori, che hanno proposto varj mezzi, onde dissipare l'ifemia, ed hanno posto in uso singolarmente leggiere frizioni sulla cornea, e le iniezioni di acqua tiepida entro la camera anteriore, e diverse fiate ho tentato ambedue questi mezzi, ma il primo mi è riuscito inefficace quando l'ifemia era grave, ed il secondo espone l'occhio alla disorganizzazione della lente senza essere assolutamente necessario. Mezzi proposti da varj oculisti.

§. 14. Se poi l'ifemia non ha luogo, oppure cessa prontamente si dovrà esaminare lo stato della nuova pupilla, e quando si vedesse non aver quella un diametro uguale alla ferita della cornea, cioè che i due lembi dell'iride fossero più vicini fra loro di quanto porta l'apertura fatta nella camera anteriore ( *vedi Tav. IV. Fig. 6 e 7.* ), si giudicherà essersi impicciolita la nuova pupilla, e si riconoscerà l'aplocia dell'iride. Come si riconosca l'aplocia dell'iride.

Come si estenda l' apertura della pupilla.

§. 15. In caso di aplocia bisognerà prendere in una mano la pinzetta acuta, e nell' altra le forbici, ed aperte alcun poco le palpebre, ed invitato l' infermo a guardare verso la fenestra si porteranno chiuse le punte della pinzetta entro la camera anteriore, ed afferrato il lembo dell' iride, che stà verso l' angolo esterno dell' occhio questo si tirerà fuori, e si porterà precisamente all' estremo confine del taglio verso l'angolo esterno, e subito si taglierà mediante la cesoja tutto quel pezzo, che è fuori della ferita ciò fatto s' introdurrà di nuovo la pinzetta, e si afferrerà il lembo opposto dell' iride, e tiratolo fuori verso il canto interno dell' occhio appena uscito si reciderà lasciandolo impegnato nell' estremità opposta del taglio. ( *Vedi Tav. IV. Fig. 6 e 7.* ).

Utili effetti di questa seconda operazione.

§. 16. Così si corregge l' aplocia, e si portano via le porzioni d' iride, che nell' atto di questa seconda operazione vengono contuse dalle pinzette.

Si evitano tre difficoltà, ma ve ne sono altre da superare.

§. 17. Se l' oculista saprà metter riparo in tempo alle tre difficoltà, di cui ho parlato finora, egli avrà molta ragione di sperare che la sua operazione ottener possa esito felice, poichè la pupilla sarà stata aperta bastantemente, i rèsidui del sangue versato non potranno impedire la camera anteriore, nè le contrazioni avranno dato origine a disorganizzazione della lente, ma vi sono tre altre condizioni le quali possono far mancare il buon successo dopo eseguita l' operazione.

# CAPO XIII.

*Si spiegano tre altri modi, che possono far mancare il successo desiderato dall' ectomia.*

§. 1. Ancorchè fossi riuscito a superare le tre difficoltà descritte nel capo antecedente ho veduto in qualche caso mancare il buon successo di questa operazione, o perchè la ceratoscotesi era accompagnata da ambliopia amaurotica, o perchè è insorta grave infiammazione terminata con ipopio, e distruzione dell' occhio, o finalmente perchè è insorta l' iritide traumatica, che terminò con sinizesi permanente, e cateratta spuria, e mi obbligò a rinnovare l'operazione, e talvolta avea prodotta una complicazione di amaurosi o di ambliopia amaurotica.

Tre cause, che hanno fatto mancare il buon successo.

§. 2. Questi fenomeni dispiacevoli sono rari, e tanto più dacchè ho determinato con precisione le regole dilucidate in questo trattato, difatti se avremmo potuto dare con sicurezza una prognosi favorevole i nervi non saranno viziati, nè mancherà il buon successo, e se talvolta è mancato siccome nel caso di Francesco Deliello *Lib. I. Tav. XI.*, si osserverà, che la prognosi era stata dubbia. Io riguardo queste operazioni come tentativi istituiti piuttosto per fondare delle regole utili al pubblico ed illuminare i miei discepoli, che per fare delle operazioni semplici, e communi, difatti si scrisse, e si lesse pubblicamente quel tanto, che stà registrato nel libro di clinica, e si trova scritto nella storia del Deliello, che il pronostico era dubbio per sospetto di ambliopia amaurotica.

Rare volte manca il buon successo se vengano eccettuati i casi di sperimento.

§. 3. In simil guisa se qualche volta si vidde l' ipopio, e la distruzione dell' occhio cosa che giammai avvenne ne' due anni clinici di cui ho pubblicato il prospetto, e che mi sarà avvenuta una volta in cento casi d' operazione, ciò accadde perchè ho voluto tentare l' operazione quantunque l' oftalmoblenorrea conservasse qualche grado di acuzie, e l' uomo fosse affetto anche

Casi in cui si osservò l'ipopio, o la distruzione dell' occhio.

da sifilide, tentativi che sono stati fatti onde conoscere fino a qual punto si debba curare l'oftalmoblenorrea, e la sifilide prima di applicare la coropeja.

Quando l'iritide siasi veduta, ma ciò non abbia recato danno.

§. 4. Se in qualche caso è insorta l'iritide dopo l' operazione, questa non è stata funesta dacchè ho imparato a curarla in tempo, ma questo caso è si raro, che nel biennio si osservò due sole volte come si troverà spiegato nella Storia III. e storia XX. e nel corso di otto anni ora decorsi dacchè pratico le operazioni in clinica trovo soltanto quattro casi in cui si parla d' iritide, ma sempre venne troncata felicemente.

Maggior sorpresa de' buoni successi che dei tristi.

§. 5. Chi ha calcolato la difficoltà di tenersi strettamente alle regole e sa quanto imperfetta sia la natura umana si meraviglierà piuttosto de' buoni successi ottenuti in sì gran numero di casi, anzicchè possa andar dispiaciuto di qualche operazione mal riuscita perchè qui si tratta di conoscere il pericolo, e ripararvi in un momento istesso: Quindi vi è sovvente il rischio di conoscerlo, quando non è più tempo di porvi riparo, ma per rincorare i giovani oculisti aggiugnerò qui sotto delle riflessioni le quali dimostrano la probabilità della buona riuscita.

## CAPO XIV.

*Si dimostra la probabilità del buon successo nella pratica dell' ectomia.*

A che si riduca l' operazione bene eseguita.

§. 1. Quando nell' atto dell' operazione il cristallino non sia stato distaccato nè in modo alcuno alterato, e quando l' iride sia stata prontamente recisa di modo che le porzioni contuse dalle pinzette non restino dentro l' occhio, allora l' operazione di cui trattasi poco differisce da una semplice punzione della cornea.

Guarigione della cornea pronta e sicura.

§. 2. In questi casi la guarigione della cornea deve riuscire più facile, e pronta, che ne' casi di estrazione di cateratta perchè il taglio praticato nella cornea è più corto, quindi più prontamente guarisce, ed è meno sottoposto a scomporsi di quel che lo sia l' altro, che pratichiamo onde estrarre la cateratta, il quale per essere molto grande viene scomposto ad ogni picciola mossa dell' occhio, e dà facilmente luogo alla palpebra inferiore di mettersi fra i lembi della ferita, o al vitreo di cadervi dentro e far l' effetto di un corpo straniero.

Non sembra giusto a primo aspetto comparare questa operazione alla ferita della cornea.

§. 3. Io dubito che l' accorto lettore giudicherà inopportuno comparare questa operazione alla ferita della cornea e mi opporrà, che la ferita dell' iride può esser di molta importanza, e può influire a danno dell' occhio perchè questa è una membrana sensibile, e fornita di vasi in grandissima copia. Questa obbiezione sarebbe giustissima allorchè l' operazione venisse praticata facendo contusione dell' iride; ma stantechè questa membrana vien tagliata via netta come noi diciamo, cessa ogni timore dell' iritide traumatica.

L' iritide si osserva rare volte.

§. 4. In fatti abbiamo rarissimi esempj d' iritide grave dopo l' *ectomia dell' iride*, e nessuno se ne osservò in questo biennio in cui ben 56, occhi subirono questa operazione.

Utilità di tagliar l' iride in caso di estrazione di cateratta.

§. 5. Io avea di già notato ne' primi anni della mia pratica che qualunque volta nel praticare l' estrazione anteriore della cateratta non avessi potuto evitare la recisione dell' iride, sempre

la guarigione era stata molto felice; e che se mai si sono osservate delle iritidi dopo estratta la cateratta queste ebbero luogo in quei casi ne' quali l' iride non era stata menomamente toccata dal coltello, che avea eseguito il taglio della cornea.

Pruove, che le contusioni dell'iride sono dannose.

§. 6. Queste osservazioni, ed i molti successi felici ottenuti nella pratica dell' ectomia mi hanno convinto, che la recisione pronta e netta come dicono i chirurgi dell' iride non può recar danno all' occhio, ma bensì le contusioni di questa membrana.

Si può dubitare unicamente, che la pupilla si trovi chiusa o che la lente si trovi offuscata.

§. 7. Provato dunque siccome ho detto che il taglio della cornea potrà guarire con facilità poichè non è molto lungo, nè viene scomposto dalle contrazioni dell' occhio, e provato che la recisione dell' iride non può dar principio all' iritide; non resterà a dubitare se non, che la pupilla aperta si trovi chiusa dopo alcun tempo, o che la lente si trovi offuscata.

Perchè la nuova pupilla non potrà chiudersi.

§. 8. Ma se si consideri, che grande porzione dell' iride è stata recisa, e di più, che nel reciderla si sono lasciati i due lembi impegnati negli estremi della ferita della cornea s' intenderà, che la nuova pupilla non può chiudersi, anzi a misura, che la cicatrice si và formando i lembi dell' iride s' innestano e si legano colla ferita, e prima, che ciò accada l' acqueo, che di continuo esce dall' occhio nel passare per la ferita urta contro i lembi dell' iride, e gli mantiene impegnati negli estremi del taglio.

Dubbio proposto da taluni.

§. 9. Qualche professore mi ha esposto il dubbio, che l' iride essendo per tal modo stirata, e forse pizzicata fra gli estremi del taglio, i quali si chiudono possa soffrire un' irritazione nociva; i molti esempj di questo stato dell' iride senza irritazione permanente rispondono per me, ed io credo che la supposta tensione sia di niun momento perchè le pieghettature dell'iride si distendono, e che la contrazione fatta da parti vive con altre parti viventi siccome produce innesto de' vasi sanguigni e sierosi non possa riuscir dannosa perchè non altera la circolazione.

Casi rari in cui si é chiusa la nuova pupilla.

§. 10. Ho notato, che se l' aplocia è stata tolta come si è detto ( *Capo XI. §. 4.* ), mai la pupilla si è ristretta dopo, eccetto qualche caso ben raro d' iritide prodotta da contusioni fatte sull'iride e non ben curata, ma allora sorge un' aplocia infiammatoria.

§. 11. Si potrebbe temere la formazione della cateratta, ma questa non ha luogo se non quando sia stata lacerata la casula, oppure contusa la lente, altrimenti vi sarà quella stessa probabilità per la formazione della cateratta, che può trovarsi in un uomo sano.

Probabilità che la cateratta si formi.

§. 11. A proposito di che avendo io preso a diligente esame tutte le storie del mio giornale, che riguardano la ectomia ho trovato, che il numero degli occhi assoggettati a questa operazione in caso di ceratoscotesi giugne ora a 424 e se si eccettuino sei casi ne' quali ho disorganizzato la lente per difficoltà, che mi erano allora insuperabili, in nessun' altro questa si trovò alterata immediatamente dopo l' operazione.

Osservazioni di ectomia raccolte nella mia pratica.

§. 12. Avendo però esaminato i sudetti individui più fiate nel corso di circa dieci anni non ho veduto alterarsi la lente, che in due soli, cioè nelle persone di Michele Negri, e di Onofrio Mastronardo soldati della Real casa degl' invalidi, i quali ebbero la cateratta, il primo dopo tredici mesi, il secondo dopo sei anni, che di già aveano ricuperata la vista mediante la coropeja.

Due soli casi susseguiti da cateratta.

§. 13. In questi casi il difetto della lente non si può in conto alcuno attribuire all' operazione; ma piuttosto devesi ripetere da qualche disposizione, ch' eglino aveano a soffrir questo morbo; poichè sappiamo, che allorquando la cateratta è dipendente da causa traumatica, come sarebbe allorchè si dasse qualche urto alla lente nel momento dell' operazione la sua formazione non tarda più di 24 ore, e siccome questi due individui aveano conservata sana la lente lungo tempo dopo la coropeja, non si può riguardare questo disordine come effetto dell' operazione, ma si deve riguardare come uno di quegli accidenti, che probabilmente s'incontrano sopra un gran numero di persone col passar degli anni stante l' umana fragilità.

A che debbasi attribuire questo difetto.

§. 14. Difatti se tu osserverai per varj anni gli occhi di quattrocento e più persone, ancorchè sane, non sarà improbabile, che uno, o due ti si presenti con cateratta. Nel caso poi di pupilla artificiale siccome gli occhi affetti da atresia hanno sofferto una oftalmia grave, cresce la probabilità di questo pericolo perchè la grave oftalmia lascia non rare volte qualche residuo d' infiammazione, e questa si rinnova ad ogni impressione di stimolo, e può dar principio ad una infiammazione cronica de' vasellini,

Probabilità che si formi la cateratta in qualche individuo.

che circondano la lente, e così dà origine alla cateratta, ch' io nominerò infiammatoria, e che tale fu appunto ne'due sopra citati casi, ma allora se ne deve incolpare l'infiammazione preceduta, e la maniera di vivere disordinata non già l'operazione dell' ectomia.

Perchè si dia conto de' risultamenti ottenuti, anche in altri casi.

§. 15. Poichè ho citato le 424 osservazioni raccolte nel mio giornale privato prima di terminare questo capo darò conto dei risultamenti ottenuti in questi casi, il che servirà a maggiore dimostrazione della probabilità di buona riuscita, che si avrà nella pratica di queste operazioni.

Risultarono felici 96 casi per cento.

§. 16. Fra gli 424 occhi soggettati all' ectomia sei ebbero la distruzione della lente, due ebbero grave iritide, che indusse sinizesi per aplocia, tre soffrirono l' ipopio, e suppurazione, e sette furono trovati inetti a percepire le imagini de' corpi per vizio de' nervi; ma gli altri 406 acquistarono il più soddisfacente grado di vista talchè possiamo dichiarare, che per ogni cento operazioni 96 ebbero successo felice. E si noti, che nel mio giornale privato vanno comprese altresì le operazioni tentate prima di determinare le precise regole della coroteenia; epoca in cui l'imperfezione della mia mano ha dato origine alla maggior parte de' tristi effetti osservati ne' dieciotto casi di cui ho dato conto.

Successo felice dell' ectomia osservato in clinica.

§. 17. Serve di pruova a quel tanto, che io dico il successo notato in clinica in questo biennio, poichè nessuna distruzione d' occhio, e nessuna cateratta traumatica venne osservata ne' 44 casi di ectomia sperimentata quantunque gli occhi sottoposti all'operazione fossero al numero di 61 e soltanto si è notato che restarono infruttuose 2 operazioni per debolezza de' nervi già sospettata prima, ed in un caso sopravvenne la cateratta spuria da ifemia, la quale però si tolse, con esito felice; estraendola.

Si sono registrate le storie senza scelta favorevole.

§. 18. Ora è d' uopo riflettere che i 44 individui furono gli unici con lente sana assoggettati alla ectomia nella clinica; talchè non si è potuto fare ciò che usano taluni pratici, i quali scelgono le storie di coloro, che sono stati fortunati, e si taceiono de' casi infelici.

Casi in cui la coropeja riuscì meno felice.

§. 19. Farò conoscere a suo luogo, che meno felice è stato in generale il successo della coropeja allorchè vennero impiegati altri metodi, oppure quando l' ectomia venne applicata ai casi di ceratoscotesi inferiore o ai casi in cui vi era cateratta secondaria per le ragioni che metterò in luce.

# CAPO XV.

## *Delle cure consecutive alla coropeja ne' casi semplici.*

§. 1. È facile intendere, che dopo eseguita l'operazione rimanendo aperta la cornea i margini della ferita non potranno stare a contatto se l'oculista non provegga a ciò, e che l'infiammazione adesiva, tanto utile a produrre la cicatrice manterrà alterato l'occhio finchè non sia dissipata; la quale alterazione fa che se mai l'occhio si esponesse alla luce viva, o se l'uomo andasse soggetto a indigestione o a catarro potrebbero questi disordini eccitare una grave infiammazione.

Condizioni, che mantengono alterato l'occhio dopo l'operazione.

§. 2. Queste verità ovvie per chi abbia esperienza nelle cose mediche, mi hanno guidato nel determinare la cura consecutiva, e per via di numerose osservazioni; queste cure mi vennero dimostrate utili, e necessarie al buon successo.

L'esperienza dimostra le cure da tenersi.

§. 3. Spiegherò adunque in qual maniera si possano mantenere a contatto i margini della ferita, evitare la luce molesta, e le cause d'indigestione, e di reumi e catarri, e quanto ciò importi alla guarigione.

Come si possa preservare l'infermo da ogni pericolo.

§. 4. Quando altre parti del corpo umano fossero state ferite il chirurgo accosterebbe i lembi della ferita, e fascierebbe il membro perchè si mantengano avvicinati, ma l'occhio è così molle, che non si può comprimere senza disordinare gl'interni umori sopra tutto allorchè è ferito, ed ha in superficie tali fonti di secrezione per cui non può star fasciato senza gravissimo danno. Inoltre esso è mobile, come ognun sà, e si agita, quando il suo compagno si muove, si agita quando mastichiamo, o quando facciamo delle mosse violente col corpo, poichè se per esempio i muscoli del tronco si contraggono fortemente in queste mosse veggonsi contratti anche i muscoli della faccia per via di consenso, e così quelli delle palpebre e quelli ancora del globo dell'occhio.

Perchè l'occhio non possa star fasciato.

Come si possano accostare i lembi della ferita.

§. 5. Sebbene il chirurgo non potrà comprimere i margini della ferita, onde scacciarne gli umori, che la ingombrano, nè potrà fasciare strettamente l' occhio a fine di mantenerli a contatto, egli troverà un' altro mezzo conducente in quella naturale tendenza, che hanno i lembi della cornea ferita ad agglutinarsi, subito che è vuotato l' umor acqueo, e quando l' occhio non sia in contrazione. Ho veduto, che basta calmare l' infermo con buone parole subito compiuta l' operazione, e fargli rivolgere in alto il globo dell' occhio, mentre la palpebra superiore si tiene blandamente abbassata, perchè si accostino ottimamente i lembi della cornea ferita.

Come si faccia chiudere l' occhio.

§. 6. Quando l'occhio si rivolge in alto a palpebre chiuse esso fa strisciare la cornea contro la palpebra superiore, il che basta a ricomporre la ferita, indi agglutinate le palpebre mediante due strisce di zendado gommoso umide e calduccie se gl'impedisce di aprire le palpebre, e ciò basta a mantenere in contatto i lembi della ferita.

Gli antichi chiudevano gli umori.

§. 7. Gli antichi oculisti mediante una ben accurata fasciatura a monocolo usavano chiuder l'occhio, ma con tal pratica chiudevano entro le palpebre gli umori, che venivano separati nell' occhio, o ne' suoi contorni; e come ognun sa che gli umori della macchina animale ben presto si corrompono esponevano l' occhio alla loro dannosa influenza.

Utilità di avere abbandonato le fasciature.

§. 8. Queste ragioni mi hanno persuaso ad abbandonare l' uso delle fasciature, e numerose sperienze mi hanno convinto della utilità di questa risoluzione.

Movimenti i quali scompongono la ferita.

§. 9. Dopo aver chiuse le palpebre siccome ho detto si rimangono avvicinati i lembi della cornea ferita purchè l' infermo non faccia movimenti disordinati, come farebbe se camminasse, se masticasse cibi duri, se ridesse, e parlasse ad alta voce, se sternutasse molto, o avesse molta tosse, che siffatti movimenti scompongono la ferita.

Raccomandazioni da farsi all' infermo.

§. 10. Bisogna dunque raccomandargli, che stia quieto; alcuni anche proibiscono qualunque cibo, e perfino l' uso del tabacco da naso; ma io proibisco unicamente i cibi, che richieggono forti movimenti di masticazione, e proibisco l' abuso del

tabacco giacchè la totale proibizione di esso nuoce a coloro, che vi sono abituati, e l'uso moderato non gli fa sternutare.

*Cibi permessi.*

§. 11. Permetto altresì l'uso moderato di sostanze nutritive molli, come sono i gelati, il vino, il cioccolatte, e le uova, onde sostenere le forze dell'infermo e dar compenso alla proibizione de' cibi solidi.

*Come si debba mantener libero il ventre.*

§. 12. Raccomando la quiete a tal punto, che proibisco a tali infermi i movimenti forzati, che sembrano tanto naturali a chi fa le sue necessità di corpo, e onde prevenire tale inconveniente amministro ogni tre, o quattro giorni del cremor di tartaro o qualche altro purgante, e raccomando la dieta moderata.

*Glutine, che unisce i lembi della ferita nei primi giorni.*

§. 13. Questi precetti giovano a far sì, che restino a contatto i lembi della ferita, e bisogna farli rigorosamente osservare nei primi giorni finchè le parti sieno agglutinate mentre dalla superficie della ferita esce a quest' epoca un glutine abbondante, che nel termine di un giorno, o al più tre ricompone così la cornea, che se la persona tien chiuse le palpebre i movimenti moderati non più scompongono la ferita, e se allora si osserva l'occhio questo sembra guarito.

*Come si allontani l'impressione della luce.*

§. 14. Bisogna in secondo luogo allontanare l'impressione della luce il che si fà non solamente obbligando l'infermo a soggiornare in una stanza oscura, ma altresì legandogli una benda di zendado nero alla fronte leggermente, la quale adombrerà gli occhi, ed impedirà la luce, che potrebbe in qualche momento entrare improvvisamente nella stanza quando alcuno aprisse incautamente la porta.

*Danno che può arrecare la luce.*

§. 15. La luce viva irrita l'occhio, che è di già affetto da mite oftalmia traumatica, e più lo stimola quando l'uomo sia stato alcun tempo al bujo, perchè la sensibilità si accumula, ma anche una tenue luce introdotta nella stanza può riuscir dannosa in altra maniera, perchè se giugne all'occhio; l'uomo s'accorge di aver ricuperata la vista, ed incomincia ad agitare gli occhi per causa di naturale curiosità a fine guardare intorno a se, e nel mentre egli esperimenta la facoltà ricuperata colle palpebre socchiuse contraendo i muscoli dell' occhio ne' primi giorni perviene quasi sempre a scomporre il glutine della ferita,

e riapertasi appena la cornea qualche porzione d'iride esce, e dà principio ad un' ernia, la quale se non viene opportunamente curata mantiene a lungo l' oftalmia traumatica, e cagiona talvolta anche aplocia dannosa.

Due motivi per riparare l'occhio dalla luce.

§. 16. Due sono adunque i motivi pei quali si deve così riparare l' occhio dalla luce, cioè per impedire che non venga irritato, e per allontanare l'occasione, che può invogliare l'uomo a far uso de' suoi occhi innanzi tempo: e come è quasi impossibile tener chiusa ermeticamente una stanza abitata per lungo tempo, così giova l'uso della benda, la quale diffende l' occhio da qualche spiraglio di luce momentaneamente introdotta; e si dovrà por mente altresì, che l'uomo non si trovi coi piedi del letto rimpetto alla porta, o ad una fenestra, che se nò ogni spiraglio di luce lo colpirebbe negli occhi.

Come si possano impedire, e prevenire i catarri.

§. 17. L' aria fredda, ed umida può facilmente determinare un' affezione catarrale, ma questa si può evitare, quando l' oculista abbia fatto situare il letto fuori delle correnti d' aria, lontano dalle pareti scoverte, ed in una grande stanza bene acreata, ed asciutta, al che deve provvedere innanzi d' intraprender l' operazione, come allora avrà posto mente che il letto non possa essere colpito da qualche raggio di luce.

Come si regoli la digestione.

§. 18. Quanto ai cibi ho detto abbastanza al §. 11, e raccomando unicamente, che non si lascino formare savorre gastriche, le quali riescon nocive e concorrono ad accrescere il danno quando altre cause nocive agiscono sull' occhio. Ognuno sa, che lo stare in letto rende stitico il corpo, e produce savorre, che debbonsi evacuare per via di leggieri purganti.

Come si faccia star l' infermo fuori del letto.

§. 19. Il quinto giorno dopo l'operazione l'infermo potrà alzarsi, e stare qualche ora fuori del letto, onde passar la noja, e render men difficile la digestione; ma dovrà star situato colle spalle contro la porta della stanza e riguardare verso una delle pareti affinchè nessuno spiraglio di luce venga a' suoi occhi.

Per sedici giorni si tiene l'infermo a questa regola.

§. 20. Queste cure dovranno continuarsi fino al decimosesto giorno compiuto, senza farvi altro cangiamento, che quello di permettere negli ultimi giorni qualche cibo più solido, come sarebbero polpettine, fritture, e mollica di pane.

§. 21. Nel giorno decimosettimo dopo l'operazione si potrà fargli aprir l'occhio distaccando lo zendado gommoso mediante bagnature d'acqua calda, e lavando leggermente le palpebre; se gli farà aprir l'occhio onde esplori se abbia ricuperato qualche grado di vista, e poi si rimetterà nella solita stanza buja, colla benda sospesa alla fronte lasciando aperto l'occhio, e se gli permetterà di passeggiare e di mangiar carne, e pane purchè non richiegga forte masticazione. Come si tenga l'occhio dopo il giorno XVI.

§. 22. Ho notato in questi esperimenti, che al primo istante l'uomo non discerne quasi nulla, ma passati appena tre minuti dacchè tiene aperto l'occhio, se l'operazione è ben riuscita egli incomincia a vedere qualche oggetto, e la visione si fa migliore fino ai quaranta giorni, e quando la nubecola che circonda la macchia impedisse qualche parte del campo della nuova pupilla si potrà molto giovare facendola dissipare mediante l'applicazione del laudano liquido. Come la vista si faccia migliore in seguito.

§. 23. Passati altri otto giorni si comincierà ad esporre l'uomo alla luce ed all'aria libera; ma sempre colla benda alla fronte per evitare quella molestia, che induce la viva luce a questi convalescenti; eglino sono molto sensibili perchè la pupilla artificiale suole essere più dilatata di quanto occorre per guardare i corpi nella viva luce, e bisogna, che l'infermo acquisti abitudine di coprire il campo della nuova pupilla socchiudendo le palpebre colle quali supplisce, ove manca l'iride. Perchè si debba esporre l'uomo alla luce gradatamente.

---

# CAPO XVI.

*Sintomi della oftalmia mite, e della oftalmia grave consecutiva alla coropeja quando vi è stata difficoltà nell' esecuzione dell' ectomia.*

Perchè si espongano i sintomi dell' oftalmia traumatica grave.

§. 1. L' oculista riesce per lo più ad ottenere felice guarigione mediante le regole esposte più sopra perchè la coropeja viene susseguita da oftalmia mite, altre volte però si eccita invece una oftalmia traumatica grave che deve esser conosciuta, e curata al primo apparire, affinchè l' occhio non ne resti viziato, e perciò espongo prima i sintomi dell' oftalmia mite, indi quelli della grave.

Agglutinazione della ferita.

§. 2. Tostocchè è stata ferita la cornea esce un glutine dalle sue lamelle tagliate, il quale tende a riunire i suoi lembi, ma l' umore acqueo separato in molta copia vince la forza di questo glutine, e sgorga ad ogn' istante ne' primi due giorni. Quando però il terzo giorno è passato, e talvolta più presto; il glutine essendo diventato più denso chiude stabilmente la ferita in guisa, che l' acqueo non esce più, e se l' oculista guarda l' occhio lo trova in tale stato, che sembra sano.

Cosa s'intenda per cicatrice di tessuto.

§. 3. Questa prima maniera di riunione io la chiamo cicatrice di agglutinazione, e chiamo poi cicatrice di tessuto quella che si compie in seguito, ma quest' ultima richiede almeno sedici giorni di tempo poichè la cornea, siccome le cartilagini, manca di vasi sanguigni, e non ammette nel suo tessuto, il globo sanguigno sennonchè dopo una certa agitazione infiammatoria.

Formazione della cicatrice di tessuto senza dolore.

§. 4. Verso l' ottavo giorno se osservasi l' occhio si trova aumentata l' oftalmia traumatica, e trovasi del sangue ne' contorni della ferita, il quale è giunto a penetrare ne' vasellini sierosi pel corso dell' infiammazione adesiva, che sta formando il tessuto di cicatrice, ma l' infermo non accusa molestia all' infuori di un senso di asprezza nel luogo della ferita.

§. 5. Ordinariamente il sangue comincia a dissiparsi dai vasellini sierosi verso il decimoquarto giorno, e l'occhio si trova meno rosso, la lagrimazione è diminuita, e l'uomo non accusa il menomo incommodo fuorchè nelle mosse violente, allora i contorni della ferita sono biancastri, locchè dipende da essersi formato il tessuto di cicatrice, e così nel termine di 18, o 20 giorni l'oftalmia traumatica cessa, e l'occhio sembra ormai sano, nè l'uomo soffre incommodità veruna, purchè stia in una stanza poco illuminata, e colla benda sulla fronte.

Quando si dissipi il sangue, e si compisca il tessuto.

§. 6. Quando ha luogo l'oftalmia traumatica grave, essa dipende o da negligenza nella cura, o da essere stata maltrattata l'iride in tempo dell'operazione, oppure da una discrasia evidente scorbutica, e sifilitica, congiunta a qualche grado di oftalmoblenorrea residua.

Cause dell'oftalmia traumatica grave.

§. 7. Allorchè dunque l'oculista sa di aver maltrattato l'iride, che è rimasta nell'occhio, o di aver fatta un' operazione stentata, egli starà bene attento, onde troncare l'oftalmia grave al primo segno. Ho osservato, che in questi casi l'oftalmia si sviluppa quasi sempre nella prima notte consecutiva all'operazione, e rare volte ritarda il suo sviluppo più di 24 ore; ma non mai l'ho veduta sorgere dopo il quarto giorno, o più tardi, se l'infermo è stato tenuto con buona regola.

Quando l'oculista debba stare attento a prevenire l'oftalmia grave.

§. 8. Allorchè l'oftalmia grave dipende da disordini fatti nella consecutiva cura, questa sorge poche ore dopo il disordine, come sarebbe se l'uomo si mettesse vicino ad una fenestra, o ad una porta aperta per una mezz' ora o più, e che conducesse questa sopra di lui aria fredda, ed umida, e luce, in tal caso l'oftalmia grave comincierebbe cinque, o sei ore dopo fatto questo errore; ma gli altri disordini men gravi, come sarebbe il muoversi violentemente, aprire un poco gli occhi in una stanza buja, masticare cose dure non portano quasi mai oftalmia grave; oppure la determinano lentamente dopo aver causato l'ernia dell'iride, come diremo a suo tempo.

Come l'oftalmia si sviluppi dopo qualche disordine.

§. 9. Finalmente vedesi la grave oftalmia traumatica anche senza le cagioni descritte ne' due precedenti paragrafi, quando l'uomo è scorbutico, o sifilitico in un grado evidente, nè l'oculista

Quando si sviluppi grave oftalmia per causa di veleni interni.

abbia prima impiegato le cure opportune a moderare il veleno, o la discrasia; ma questo pericolo è così raro, che facendo l'operazione bene e tenendo in buona cura gl' infermi appena una volta in cento casi ho notato l' oftalmia grave sopravvenuta all' operazione; quantunque molti fossero, e scorbutici, e sifilitici nè si avesse preso cura del veleno. Quando sorge da prava disposizione la grave oftalmia si sviluppa assai lentamente, e per lo più non comincia che al terzo o quarto giorno dopo l'operazione; anzi ritarda fino anche al decimo; e sotto miti apparenze prende piede, e distrugge poi l' occhio.

Segni della oftalmia traumatica mite.

§. 10. Qualunque sia la causa della grave oftalmia traumatica questa si sviluppa con segni manifesti, perchè nell'oftalmia traumatica mite, ossia nella infiammazione adesiva i dolori vanno cessando, e si fa più rara la lagrimazione a misura; che ci allontaniamo dall' epoca dell' operazione, e se qualche molestia si fa sentire dopo le prime ore, questa dipende unicamente da essersi soffermati degli umori dentro le palpebre, e cessa subito che questi umori fluiscono dall' occhio, nè mai il contorno dell' orbita è dolente, nè il nervo oftalmico di Willis è addolorato per causa dell' oftalmia attuale, mentre all' opposto quando sorge grave oftalmia tutti questi incommodi hanno luogo.

Manifesti indizii di oftalmia traumatica grave.

§. 11. Se dunque il dolore causato dall'operazione non anderà diminuendo, e non sarà svanito in termine di sei, o nove ore al più, o se la lagrimazione, e l' uscita dell' umor aequeo non sarà costantemente seguita da una calma piacevole all'infermo, se i dolori all' occhio non gli permetteranno di quietare la notte, e più di tutto se sorgesse un dolor cupo al luogo del nervo sopraorbitale oppure lungo i rami dell' infraorbitale, e ne' denti, e se questo dolore fosse continuo, ed aumentasse in tempo di notte determinando anche una lagrimazione continua, questi saranno manifesti indizj della oftalmia traumatica grave.

L' oftalmia traumatica grave suole essere iritide, o ipopio.

§. 12. Ognuno intende, che tali fenomeni sono indizj dell'iritide, e difatti l' oftalmia traumatica grave suole essere un' iritide traumatica, principalmente in que' casi ne' quali essa è dipendente da contusioni dell'iride, ma altre fiate prende invece forma d' ipopio, locchè addiviene quando le mosse dell' infermo

scompongano i margini della ferita, o quando per causa di dannose discrasie questa non guarisca di prima intenzione, ma si formi della materia purulenta ne' suoi contorni, ed irriti l'occhio, e trovando il corpo disposto alle suppurazioni distrugga grandi porzioni di questa membrana e determini la suppurazione dell' iride, o anche di tutto l'occhio.

§. 18. Or s' intenderà perchè l' oftalmia grave, che sorge per irrequietezza dell' infermo, o quella, che è dipendente da discrasia sogliono svilupparsi, ed aumentarsi qualche giorno, dopo l'operazione; mentre ci vuole del tempo innanzi, che la cornea cada in suppurazione, ed i dolori del nervo sopracigliare, o degli altri rami del quinto pajo non si sviluppano sennon quando il pus abbia distrutto grande porzione della cornea, e venga a cadere sopra l'iride; ecco dunque l' andamento de' fenomeni che accompagnano questa grave oftalmia. Perchè la suppurazione si sviluppi lentamente in certi casi.

§. 14. L' uomo si calma poche ore dopo l'operazione, ma nella notte consecutiva per lo più si sta in veglia senza molto soffrire, e la lagrimazione è frequente: in seguito la lagrimazione continua anche nella giornata e non viene a sgorghi, come quella prodotta dall' uscita dell' umor acqueo, nè l' uomo accusa alleviamento della sua molestia dopo l' uscita delle lagrime. Sintomi che si osservano la notte consecutiva.

§. 15. Indi se l'oftalmia progredisce egli prova un senso di tensione all' occhio, come se questo fosse un pò gonfio, ed accusa un' senso di calore, e talvolta anche un battito molesto nell' interno dell' organo infiammate. Sintomi dell'oftalmia che progredisce.

§. 16. Se queste sensazioni non cessano, e se l' oftalmia non viene troncata ben presto la materia marciosa cade sull' iride, ed allora cominciano i dolori lungo le diramazioni del quinto pajo per causa della molestia, che l' iride ne soffre, e sorgono i segni dell' iritide. Quando si osservino i sintomi dell' iritide.

§. 17. Se il pus continua a venire separato, esso fa gonfiare tutto l' occhio, e distrugge l' intera cornea, i dolori eccitati sull' iride divengono ognor più gravi principalmente quando l' uomo sta supino, in guisa che è costretto a starsi seduto sul letto, e col capo elevato per dare facile uscita al pus, e ben presto formasi quella suppurazione, che i moderni chiamano *vor-* Ultimo stadio di questa oftalmia.

*

*tice purulento*, l'occhio si gonfia, come nella chemosi, e non altro rimane a sperare se non quella calma, la quale viene dopo che il pus abbia distrutto la cornea, e l'iride, nè cessa il gonfiamento dell'occhio sennon quando questo passa allo stato di atrofia.

Semplice mezzo di troncare l'oftalmia grave.

§. 18. Crederà taluno, che per troncare la grave oftalmia traumatica sia necessaria una cura opportuna a sanare l'iritide, un' altra a troncare l'ipopio, e stimano i medici, che si debba diminuire l'eccitamento con emissioni di sangue copiose, con rimedj controstimolanti generali e locali, e mitigare le discrasie, o manifeste, o dubbiose coi rimedj specifici indicati, così almeno ho pensato dover regolare queste cure ne' primi anni della mia pratica, ma dopo molte osservazioni, e molte indagini ho veduto, che se l'oftalmia grave non viene calmata dall' applicazione di una sanguisuga ben regolata e dalla stretta regola a cui si deve tenere l'infermo, nessun' altro rimedio arreca vantaggio.

Rimedj inutili.

§. 19. Ho dimostrato per tante pruove, di cui parlerò a suo tempo, che le emissioni di sangue generali poco giovano nelle oftalmie, e nulla i rimedj interni detti deprimenti, e che le medicine specifiche quantunque tolgano l'opportunità alle recidive, e giovino quando l'oftalmia progredisce lentamente, arrivano troppo tardi co' loro effetti, quando l'oftalmia grave è traumatica, e mi sono convinto altresì con ragioni, e con pruove di fatto, che le bagnature fredde ancorchè deprimenti, ed i cataplasmi, o altre medicine locali sempre arrecano il danno di chiudere le materie puriformi, e ritardarne l'uscita dalle palpebre, e che i collirj e bagnature molestano l'occhio senza niun frutto perchè, o vi stanno pochissimo sopra, e se ne allontanano col cader delle lagrime, o vi stanno lungamente, ed allora impediscono quella calma, che arreca il libero esito delle lagrime, dell' umore acqueo e del pus separati alla superficie dell'occhio.

Conclusione per l'uso di molte medicine abbandonato, o ristretto.

§. 20. Per queste ragioni ho abbandonato l'uso delle emissioni dagli arti, quello delle medicine deprimenti, e alteranti, e quello de' collirj o cataplasmi, e con molta parsimonia appresto i calmanti, o nervini anche nell'iritide perchè il sonno forzato dirò così, e prolungato dalle medicine fa che l'uomo non agiti le palpebre e trascuri di far uscire gli umori.

§. 21. Invece di tutto questo la semplice applicazione di una sanguisuga, e qualche leggiera purga mi hanno prodotto vantaggi manifesti, e mi hanno più fiate mostrato, che si poteva con questi semplici mezzi troncare l'oftalmia grave al suo primo apparire; locchè mai si era ottenuto co' rimedj sopra citati.

Buoni effetti delle sanguisughe e di qualche purga.

§. 22. La sanguisuga deve essere applicata ne' contorni del sacco lagrimale, o sul margine della palpebra inferiore per discaricare i vasi sanguigni angolari, o coronarj delle palpebre, che hanno pronta communicazione coll'occhio, e si deve badare a far che la sanguisuga cada da se, e che il sangue non venga a bella posta arrestato, tostocchè quella si è distaccata, perchè ho veduto più d'una volta riprodursi l'oftalmia grave, subito che venne impedito il sangue che usciva per la ferita. Serviranno d'esempio le Storie III e XIII etc. in cui venne troncata l'oftalmia grave mediante una sanguisuga.

Maniera di applicare la sanguisuga.

§. 23. Gl' infermi notano, che appena applicata la sanguisuga sono stati meglio, e la molestia è diminuita, il senso di bruciore, la tensione all'occhio è svanita, ed anche i dolori lungo i nervi del quinto pajo sono cessati quasi improvvisamente, e la calma, ed il sonno gli ha ristorati, mentre usciva il sangue, se ciò si ottiene vi è molto a sperare.

Utilità riconosciuta dagl'infermi.

§. 24. Nel giorno susseguente giova amministrare qualche tenue purgante, e poi subitochè taluno de' sintomi di grave oftalmia ricomparisse sarà d' uopo rinnovare l' applicazione della sanguisuga, e fatto ciò per due, tre, o al più quattro volte cessa l'oftalmia grave, e non occorre altra cura che quella dell' oftalmia mite.

Quante volte si rinnovino le stesse cure.

§. 25. Se la prima sanguisuga non arrecasse il desiderato vantaggio si raccomanderà altresì all' infermo di tirare in basso la palpebra inferiore appoggiando un dito contro il di lei margine in vicinanza al punto lagrimale inferiore, e tirandola leggermente, onde far uscire il materiale raccolto entro le palpebre, e si potranno anche lavare per poco le palpebre al difuori con acqua tiepida onde staccarne il drappo gommoso, e far meglio uscire i materiali raccolti sull' occhio. Ma se niuna di queste diligenze riuscisse a produrre la calma allora vi sarà motivo di credere,

Altri soccorsi da tentarsi quando la prima sanguisuga non ha giovato.

che la suppurazione, o l'iritide sia troppo inoltrata, e che nulla più giovi alla perfetta guarigione.

Altre applicazioni di sanguisughe.

§. 26. Innanzi però di disperare del buon successo si dovrà tentare di applicare sui contorni delle palpebre due, ed anche quattro sanguisughe al giorno, per tre o quattro giorni consecutivi, e si lascerà uscire il sangue nel consueto modo, ma ciò rare fiate riesce vantaggioso quando l'oftalmia traumatica è così grave.

Cosa possa fare l' oculista quando la cornea è distrutta.

§. 27. Se poi l' oculista fosse chiamato quando l'oftalmia traumatica grave è di già inoltrata, oppure s'egli se ne accorgesse allorchè la cornea è distrutta egli non potrà fare il miracolo di repristinare la tessitura organica, e l'occhio sarà perduto, ma potrà almeno far cessare i dolori, e la gonfiezza curando come si è detto l'oftalmia grave locchè si ottiene applicando ogni cinque, o sei giorni una sanguisuga nel modo già descritto, ed amministrando, qualche acino dell'estratto di josciamo internamente finchè sieno passati 40 giorni, o due mesi dall' epoca dell' operazione. Passato questo tempo gioverà applicare ogni giorno una goccia o due di laudano liquido sull' occhio, onde farlo lagrimare, rinforzarne la superficie e restringere i vasellini, che si fossero dilatati nel periodo dell' infiammazione.

# CAPO XVII.

*Cure che talvolta occorrono dopo il decimosesto giorno dall' epoca dell' operazione.*

§. 1. Quasi sempre al decimosesto giorno dopo l' operazione si può giudicare degli effetti della oftalmia traumatica mite, o grave, ed a quest' epoca l' occhio suol' essere, o convalescente, e guarisce senza altre cure, o distrutto in guisa, che nulla resta a sperare; ma si danno però anche de' casi in cui l' oculista non può disperare della guarigione, nè può abbandonare l' occhio alla natura, e considerarlo come guarito, anzi egli deve prestar nuove cure all' infermo, e ne otterrà buonissimo successo. Si danno casi in cui si dovranno prestar nuove cure all' infermo.

§. 2. Ci troviamo in questo caso, o allorchè nel corso de' sedici giorni si è sviluppata ernia dell' iride, o quando l' occhio prima della coropeja fosse viziato da opacità della cornea. Quali sieno.

§. 3. L' ernia dell' iride è dipendente da essersi scomposta la ferita sotto le contrazioni de' muscoli, che hanno luogo quando l' uomo apre l' occhio innanzi il tempo prescritto, e guarda i corpi, che lo circondano con molta attenzione, oppure allorchè l' oftalmia traumatica grave cagiona dolori, ed obbliga l' occhio a contraersi; ma perchè l' ernia si sviluppi si richiede come prima condizione, che il taglio della cornea sia molto grande; e che l' iride sia disposta ad uscir fuori. Causa dell' ernia dell' iride.

§. 4. Allorchè esiste la suddetta ernia bisogna reciderla, e ciò si pratica portandola via con un colpo di cesoja bene applicato, indi si chiudono le palpebre mediante il drappo gommoso, e si obbliga a letto l' infermo per tre o quattro giorni, come se fosse stato allora assoggettato alla coropeja. Cura dell' ernia dell' iride.

§. 5. Farò conoscere in una annotazione apposita i tristi effetti, che si ottengono mediante l' applicazione de' caustici in caso di ernia, e l' utilità della indicata recisione. Se ne parlerà altrove.

Perchè riesca pronta la formazione della cicatrice.

§. 6. La cicatrice si forma prontamente dopo recisa l' ernia perchè, è aperto un brevissimo tratto di cornea, e perchè nei contorni della ferita in questi casi troviamo un gruppo di vasellini sanguigni opportunissimi a formare un tessuto di cicatrice, questo basterà per dare una regola all' oculista in caso, che siasi formata ernia dell' iride, ora consideriamo i casi in cui l' occhio fosse viziato da altri morbi, che richieggono le nostre cure dopo il periodo de' primi sedici giorni.

Complicazioni di tal genere.

§. 7. Tali morbi possono incontrarsi ne' casi di ceratoscotesi, e sono il flusso palpebrale puriforme, la blennorrea del sacco lagrimale, o la fistola, l' oftalmia cronica, o semplice, o congiunta alle ulceri, o al panno cronico della cornea; ma queste complicazioni quando fia possibile dovranno esser curate innanzi di tentare la coropeja, se però vi fossero de' forti motivi onde non condurre a termine la cura di questi vizii si cureranno quando si potrà mantenere aperto l' occhio; e quando sarà cessata l' oftalmia traumatica.

Come si debba tener l' occhio in questi casi.

§. 8. In tutti questi casi l' oculista deve prescindere dalla regola generale data nel capo precedente di tener chiuso l' occhio per sedici giorni, ma anzi appena cessato lo scolo abbondante dell' umore acqueo egli dovrà lavare le palpebre con acqua tiepida, e toglierne il drappo gommoso, e far aprire l' occhio all' infermo nella stanza buja una volta ogni 24 ore, raccomandandogli anche di tirare in basso la sua palpebra inferiore a fine di far uscire con prontezza qualunque materiale irritante fosse raccolto entro le palpebre; e poi queste si chiuderanno di nuovo.

Cura del flusso palpebrale.

§. 9. Fra i morbi sopra indicati il flusso palpebrale è troppo facile a curarsi perchè l' oculista intraprenda la coropeja senza far precedere l' applicazione del rimedio opportuno che è la pomata del Janin, ma se pure ciò fosse stato trascurato, cessata l' oftalmia traumatica cioè passati 18 o 20 giorni dall' epoca dell' operazione si potrà applicare la detta medicina.

Casi in cui si trascura la complicazione.

§. 10. L' oftalmia cronica congiunta al panno, o alle ulceri della cornea è sovvente così ostinata, che conviene tentare la coropeja prima, che se ne abbia ottenuta la guarigione, e dicasi

lo stesso per qualche caso di blennorrea del sacco, o di fistola lagrimale.

§. 11. In tutti questi casi, terminato il periodo della oftalmia traumatica che suol durare circa 18 giorni quando è mite, si verrà all' uso delle cure, che spiegheremo nel dare il trattato delle oftalmie.

Quando si potranno curare le complicazioni.

§. 12. In qualunque caso di ceratoscotesi la nubecola, che circonda il leucoma, lo stafiloma, o il panno suole occupare porzione del campo della nuova pupilla, e stante che l' applicazione del laudano liquido sulla cornea dissipa la detta nubecola, così si verrà all' uso di questa medicina appena sarà terminata l' oftalmia traumatica.

Utilità del laudano in caso di ceratoscotesi.

## CAPO XVIII.

*Intorno all' ectomia applicata ai casi in cui lo spazio diafano trovasi verso uno degli angoli dell' occhio.*

Dalle spiegazioni antecedenti si può dedurre il modo di applicare l'ectomia in molti casi.

§. 1. Chi ha bene inteso la spiegazione del problema primo saprà facilmente immaginare le modificazioni opportune, onde praticar l' ectomia nei casi in cui il dato varia di poco da quello proposto nel suddetto problema, e differisce unicamente perchè il campo sano della cornea trovasi, o verso l'angolo esterno, oppure verso l' angolo interno.

Principj generali da cui si deducono le regole per altri casi.

§. 2. Ho spiegato ( *Cap. IX. §. 16.* ), che il taglio della cornea deve essere marginale, onde si possa bene afferrare l' iride nella sua maggior periferia, ove si unisce alla coroidea, ed ho dimostrato ( *Cap. IX. §. 17.* ), che questo taglio diventa la base della nuova pupilla, dalla qualcosa si deduce, che in questi casi si dovrà aprire la cornea in vicinanza al margine della sclerotica, ma verso quel lato, ove appunto si è conservata più sana, e dove il campo diafano ha una maggiore estensione a fine di poter dare alla nuova pupilla una base ampia.

Per maggior chiarezza si spiegheranno i problemi.

§. 3. Ciò basterebbe a determinare le regole per la pratica dell' ectomia in questi casi, ma sarà più chiara la mia esposizione se ridurrò la pratica a due problemi de' quali darò la spiegazione quì appresso.

## PROBLEMA II.

*Dato un caso di ceratoscotesi in cui sia diafana porzione di cornea situata verso l'angolo esterno eseguire l'ectomia.*

Dato; che si suppone.

SPIEGAZIONE.

§. 1. Dopo avere strettamente osservato i quattro precetti generali spiegati ( *Cap. IV.* ), si praticherà il taglio della cornea prescritto dalla regola I.ª, e per farlo, si pianterà la punta del coltello verso la parte superiore di essa in guisa, che il lato tagliente sia rivolto verso l'angolo esterno dell'occhio, e facendo discender la punta questa si farà penetrare nella camera anteriore, e si porterà attraverso alla medesima in guisa, che vi percorra un tratto uguale almeno ad una linea e mezza, o al più a due linee, e mezza, dopo di che questa si volgerà in alto, e verso l'angolo interno a misura, che si compie il taglio della cornea, e si dovrà badare a non ferire la palpebra inferiore. ( *Vedi Tav. IV. e Tav. IX. Fig. 3.* ). In tutto il tempo del taglio si spingerà innanzi il coltello con dolcezza senza dare veruna scossa all'occhio, come si è detto nella spiegazione del *Problema I.* ( *Vedi Capo IX. §. 9 e seguenti* ), ed a tal fine si abbandoneranno le palpebre innanzi di compiere il taglio, onde ogni contrazione venga a cessare, e perchè resti chiuso l'occhio nel momento, in cui questo si compie.

Spiegazione della prima regola posta in pratica.

§. 2. Nel momento di praticare il taglio della cornea osservo quale sia il tratto più ampio, e più diafano, e pianto il coltello nel margine di essa, ma alla distanza di una linea circa da quel luogo, ove mi sono prefisso aprire il maggior campo alla nuova pupilla, e così fo uscir fuori la punta alla distanza di un'altra linea disotto a quel campo; talchè la nuova pupilla ha sempre per base un taglio di circa tre linee, se il campo sano della cornea il permette ( *Vedi Tav. IV. Fig. IV.* ).

Dove si pianti il coltello in questi casi.

§. 3. Ognuno intenderà che se il campo sano della cornea fosse assai picciolo, e non presentasse verso la periferia una base uguale a tre linee bisognerebbe fare un'apertura minore, però

Come si possa regolare il taglio quando il campo è picciolo.

★

è da sapersi, che lo spazio diafano è spesso circondato da nubecola, la quale potrà venir dissipata anche dopo l' ectomia per mezzo di cure locali, e se ciò fosse l' oculista pianterà il coltello nel campo della nubecola, e lo farà uscire ugualmente nella parte fosca della cornea alla parte opposta per due motivi, cioè perchè aprirà una pupilla più estesa, e quindi più difficile a chiudersi, ed in secondo luogo per essere ben certo, che tutto il campo sano della cornea avrà dopo l' ectomia una pupilla corrispondente; e che se la nubecola verrà dissipata, la vista si farà migliore.

Ulteriori spiegazioni di questa regola.

§. 4. Attribuisco il buon successo ottenuto ne' molti casi, che sono registrati nel mio giornale alla scrupolosa osservanza di queste avvertenze. Appena compiuta la punzione io ritiro le dita dalle palpebre, e fo, che l' assistente abbandoni la superiore. Indi vado spingendo innanzi il coltello, e dirigo la sua punta verso la radice del naso, e sono solito compiere il taglio della cornea mentre le palpebre si chiudono nè per questo rimangono ferite, cosa, che giova perchè mentre si chiudono cessa ogni contrazione dell' occhio, e forse resterà di ciò meravigliato, chi non consideri, che per tagliarle bisognerebbe che il coltello vi scorresse sopra come una sega.

Regola seconda.

§. 5. Per la fatta apertura si tirerà fuori porzione d' iride, e si taglierà in guisa, che resti aperta la nuova pupilla uguale in superficie a due linee quadrate.

Per eseguire questa regola dovrà condur la pinzetta di basso in alto.

§. 6. Per eseguire questa regola basterà, che l' oculista abbia in mente quel tanto, che si è spiegato ( *Cap. X.* ), egli però dovrà dirigere la pinzetta dal basso in alto, e verso l' angolo esterno, onde penetrare nel taglio, e porterà la cesoja d' alto in basso, verso la ferita della cornea, onde tagliar via l' iride. In questo momento egli troverà molta facilità perchè le mani non incontrano ostacolo, quando si tratta di agire verso l'angolo esterno ed i ferri si portano liberamente da questa parte, facilità che non si può avere quando si agisce o verso l' angolo interno, o verso la parte inferiore, perchè l' occhio in questi luoghi è circondato da parti solide, che si elevano, e recano qualche imbarazzo all' oculista.

# PROBLEMA III.

*Dato un caso di ceratoscotesi che lasci nella cornea un campo diafano situato verso l'angolo interno eseguire l'ectomia.*

*Dato del Problema terzo.*

### SPIEGAZIONE.

§. 1. Dopo avere posto in pratica i quattro precetti generali si porterà nel margine della cornea la punta del solito coltello dalla parte dell' angolo interno, ed un pò in alto, nel qual momento si dovrà condurre il manico del ferro sul dorso del naso, e col tagliente rivolto in basso ( *vedi Tav. VI. Fig. 1, e 2.* ), e spingendone la punta attraverso alla densità della cornea si farà che passi anche attraverso alla camera anteriore per la lunghezza di una linea, o al più due e mezza, sempre discendendo in basso finchè la punta esca fuori verso la parte inferiore. Allora si abbandoneranno le palpebre, e si dirigerà la punta verso l' angolo esterno spingendola sempre infuori finchè il taglio si compisca dolcemente.

Come si pratichi il taglio in questo caso.

§. 2. Eseguito così il taglio della cornea si dovrà tirar fuori l'iride portando la pinzetta dal basso in alto ad afferrarla, e si discenderà colla cesoja dal canto interno dell' occhio verso l' inferiore parte. ( *Vedi Tav. VI. Fig. 4.* ).

Come si porterà la pinzetta.

§. 3. Nel praticare questa seconda regola bisognerà aver cura di non aprire molto le palpebre, nè far pressione sull' occhio siccome ho detto ( *Cap. X.* ), perchè essendo allora aperta la cornea vi è pericolo, che si spezzi la casula, e che veggasi uscir fuori o la lente o il vitreo almeno in parte.

Pericolo quando si faccia pressione in questo momento.

§. 4. Si dovrà badare, che dopo ciò non rimanga nè istmo dell' iride, nè qualche dentello, il quale poi discendendo, ed allargandosi possa venire ad occupare il campo della nuova pupilla, e se qualche cosa vi fosse rimasta delle accennate porzioni d'iride bisognerà portare la pinzetta acuta nella camera anteriore ed afferrarla, e tirarla fuori; o lacerandola, oppure tagliandola via nel caso, che non si distacchi da per se medesima dal rimanente dell' iride. Veggasi il dentello rimasto nella *Tav. IX. Fig. 5.*, e l'istmo rappresentato nella *Tav. V. Fig. 6.*

Come si dovrà togliere l' istmo o il dentello dell' iride.

# CAPO XIX.

*Come si possa eseguir l'ectomia quando la ceratoscotesi occupa la parte inferiore della cornea e lascia un campo diafano in alto.*

Difficoltà di questi casi nel primo tempo.

§. 2. L'ectomia in questi casi è sempre difficile perchè nel primo tempo dobbiamo volgere il tagliente del coltello verso la palpebra superiore dovendo fare il taglio vicino alla periferia della cornea, onde trovare fra i margini della ferita la parte più densa dell'iride, che è la più facile a distaccarsi senza venir lacerata.

Difficoltà del secondo tempo.

§. 2. Il secondo tempo riesce ancor più difficile del primo, perchè l'elevazione degli archi sopracigliari ci obbliga a volgere la pinzetta contro la lente, e ci impedisce di condurla nella camera anteriore a fior di cornea principalmente quando l'occhio sia molto infossato, il che induce il pericolo di alterare la lente, e principalmente se in questo tempo l'occhio volgasi in alto; movimento, che porta la lente a battere contro la punta della pinzetta.

Come si possano evitare le difficoltà nel primo tempo.

§. 3. Ho procurato di evitare il pericolo del primo tempo portando il coltello verso uno degli angoli dell'occhio e facendolo agire d'alto in basso qualunque volta lo spazio diafano era molto esteso, e si estendeva ad uno degli angoli, dell'occhio, e molte volte, come nel caso di Gio: Batista Peretti ( *Storia XII.* ), mi riuscì aprire la cornea discendendo verso l'angolo interno, e non avendo perforata l'iride, questa si presentò subito fra i margini della ferita in guisa, che la pinzetta potè afferrarla senza penetrare nella camera anteriore, e senza discendere verso la lente ( *Vedi la Tav. IV.*, *VII. e VIII.* ).

Difficoltà incontrate e successo mancato in molti casi.

§. 4. Non riuscì però ugualmente la cosa in tutti gli altri casi di campo alto, perchè essendo stata ferita l'iride talvolta nel tempo della punzione, oppure non avendo potuto d'un colpo solo portarne via quel tanto, ch'io m'avea prefisso ho dovuto portare

le pinzette nella camera anteriore discendendo obbliquamente verso il corpo della lente, e così ho dovuto usare molta destrezza, nè sempre la coropeja riuscì com' io desiderava, ma più fiate venne a mancare il successo; e, siccome ho detto al ( *Cap. XIV. §. 19.* ), la maggior parte de' casi in cui l' operazione mi è mancata di buon successo sono appunto quelli, ne' quali ho dovuto aprire la pupilla in alto.

§. 5. Queste osservazioni mi hanno dunque determinato a dichiarare nella pubblica scuola più fiate, che sarebbe un passo verso la perfezione dell' arte quello di trovare un metodo più facile da applicarsi ai casi di ceratoscotesi inferiore, al che siamo giunti per mezzo delle modificazioni portate dal Signor Langenbech al metodo della dialisi dell' iride.

Ho spiegato l' utilità di un metodo facile per questi casi.

§. 6. Ma per procedere con ordine, pubblicherò ora le storie de' casi registrati nel corso del presente anno, e comincierò da quelle, in cui venne applicata l' ectomia ai casi di ceratoscotesi, che sono al numero di 22, indi spiegherò l' applicazione dello stesso metodo ai casi di sinizesi, o a quelli in cui vi è complicazione di cateratta secondaria e spiegherò in ultimo luogo l' applicazione della dialisi ai casi in cui la ceratoscotesi occupa il campo inferiore, ed angolare della cornea.

Per serbar l' ordine comincio dall' ectomia applicata alla ceratoscotesi.

## STORIA PRIMA.

### IN CUI DECRIVESI LA CURA DI GENNARO DE MASO.

*L' ectomia venne fatta all' occhio sinistro verso la parte inferiore per cagione di un leucoma che dà origine ad una ceratoscotesi complicata con sinechia.*

*L' occhio destro quantunque non abbia, che una tenue opacità della casula, e sembri sano, e pure non distingue neppure la luce dalle tenebre per causa di amaurosi.*

Persona sottoposta alla cura.

§. 1. L' individuo è Gennaro de Maso d' anni 25, mozzo di stalla natio di Napoli, di temperamento astenico nervoso, attaccato da sifilide.

Epoca.

§. 2. Questa operazione venne eseguita il giorno 1.° Marzo 1817.

Stato dell' occhio destro.

§. 3. Nell' occhio destro un' oftalmia sifilitica negletta avea determinata iritide grave, che finì con amaurosi. ( *Vedi Tav. I. Fig. 1.* ).

Aspetto dell' occhio sinistro.

§. 4. L' occhio sinistro avea sofferto un oftalmoblennorrea con ulcere che avea prodotto il leucoma, e la sinechia vedi *Tav. I, Fig. 2 e 3*, osservando l' occhio sinistro di fianco la sinechia appariva manifesta, e vedevasi parte della residua pupilla occupata da cateratta spuria.

Sensibilità di quest' occhio.

§. 5. Quest' occhio è il solo, che ad un lume favorevole non solamente distingue la luce dalle tenebre, ed i colori più vivi, ma riconosce anche le gradazioni delle tinte purchè sieno portate ad un piede di distanza e bene illuminate, prova dell' igieneurosi.

Dubbio circa lo stato de' nervi.

§. 6. Uno de' miei uditori prima dell' operazione, mi promosse un dubbio sullo stato de' nervi dicendo, che stante la communicazione ben nota agli anatomici, la quale osservasi fra i nervi ottici, potrebbe essersi propagato il vizio de' nervi dal destro al sinistro.

Segni dell' igieneurosi.

§. 7. A tale obbiezione io risposi, che l' igieneurosi di quest' occhio era molto probabile poichè l' aspetto dell' iride e la residua facoltà di vedere erano pruove indubitate del ben essere de' nervi, e che

d'altronde avevamo raccolte molte osservazioni di persone affette da amaurosi ad un sol'occhio; rimanendo perfettamente sano l'altro.

§. 8. Feci registrare sul libro di clinica, che la prognosi era favorevole per l' igieneurosi, e che la ceratoscotesi permanente era complicata con sinechia ed occupava la parte superiore, e centrale della cornea. Pronostico registrato.

§. 9. Feci inoltre osservare agli spettatori quanto ardita fosse l' operazione in questo caso poichè l' occhio serbava notabil grado di vista, e quindi se per mal'avventura una grave oftalmia traumatica fosse stata consecutiva alla coropeja, il de Maso avrebbe tutto perduto, ed avrebbe potuto rimproverarmi di averlo esposto a sì grave pericolo. Riflessione intorno al pericolo di tale operazione.

§. 10. Il taglio della cornea venne eseguito spingendo il coltello da cateratta attraverso la parte inferiore di essa, e dirigendo la punta verso l' angolo interno, ed all' infuori ( *vedi Tav. I. Fig. 4.* ), ma nell' atto di percorrere la camera anteriore essendosi avanzata l' iride sotto al coltello volsi la punta infuori per timore di ferire la detta membrana, e perciò il taglio mi riuscì più corto di quel ch' io avea divisato. Taglio della cornea.

§. 11. Abbandonate le palpebre nell' atto, che l' apertura della cornea venne a compiersi, e passati due minuti primi ne' quali ho lasciato quieto l' infermo venni poi alla seconda parte dell' operazione, e trovai l' iride entro i lembi della ferita a guisa di ernia, talchè venne presa colle pinzette senza farle penetrare fin dentro la camera anteriore, e nell' atto di tirar fuori l' iride viddi il margine pupillare staccarsi dal leucoma, e preso questo margine mediante una pinzetta ne tagliai via un pezzo colle forbici di Daviell. Prima recisione dell' iride.

§. 12. In quel momento la residua pupilla si aprì, e si estese verso la parte inferiore della cornea, ma dopo brevi istanti la trovai più picciola perchè l' iride si dispiegò come un ventaglio, ed ebbe luogo l' aplocia descritta ( *Cap. I. §. 27.* ). Aplocia.

§. 13. Allora presi un lembo dell' iride, che vedeasi pendente verso uno degli estremi della ferita della cornea, vicino all' angolo esterno, e ne tagliai via una particella, che pendeva fuori dell'occhio, un'altra porzione d' iride venne da me afferrata e Due altre recisioni dell'iride.

portata verso l'angolo interno all' opposto confine del taglio, e così ottenni una pupilla di forma quasi triangolare coll'apice alla parte inferiore del leucoma, e colla base estesa quanto il concedeva il taglio praticato nella cornea.

Difficoltà d'ingrandire la nuova pupilla.

§. 14. Avendo conosciuto, che la nuova pupilla non avea maggior estensione di una linea, e mezza quadrata, m'era venuto in pensiere di adoperare ogni arte per ingrandirla; ma conobbi, che bisognava o allungare il taglio marginale della cornea per tirar fuori nuova porzione d'iride corrispondente, oppure tirar fuori per quel picciolo taglio tante porzioni d' iride finchè questa membrana venisse distaccata dal margine dentato della coroidea, e considerando che ambedue queste manovre sarebbero state difficili, ed avrebbero potuto cagionare grave disordine nell' occhio, per tema di maggiori pericoli mi determinai a rimaner contento di quella pupilla, che avea potuto ottenere quantunque picciola.

Pericolo d'ingrandire il taglio della cornea.

§. 15. Feci dunque conoscere agli spettatori, che se avessi voluto allungare il taglio della cornea sarebbe stato oltremodo difficile rientrare col ferro per la stessa ferita, ed inoltre che se ciò riusciva sarebbe stato a temersi che la ferita divenisse troppo lunga; cosa da cui potea derivarne la distruzione della lente.

Perchè non si dovesse tentare di tirar fuori l'iride.

§. 16. In fine feci conoscere come la pupilla si sarebbe impicciolita, se per la fatta apertura avessi voluto tirar fuori picciole porzioni d'iride, e si sarebbe aperta in luogo meno opportuno, quando ne avessi tirato fuori in tanta copia da produr la dialisi, il che avrebbe causato altresì l'ifemia grave.

Prudenza da tenersi.

§. 17. Dopo le indicate riflessioni conclusi, che in simili casi la prudenza doveva esercitare il suo impero affinchè per troppo volere non si perdesse quel tanto, che di già si era ottenuto.

Stato dell'infermo subito dopo.

§. 18. Il de Maso esaminato dopo avergli chiuso l' occhio nel consueto modo, ed averlo posto a letto accusava un senso di dolore, e di bruciore assai mite, che non si estendeva se non che alla superficie dell' occhio sinistro. I polsi erano regolari, e dopo due ore, egli era nel medesimo stato, anzi il dolore dell' occhio era alcun poco scemato.

Stato osservato nel dì susseguente.

§. 19. Nella mattina susseguente mi accertò, che il dolore era interamente cessato, e che la lagrimazione era molto diminuita,

e sentivasi come se fosse stato perfettamente sano all'infuori di un senso di asprezza, che provava nell' occhio ogni qual volta si fosse mosso.

§. 20. Il dì 16 Marzo fatto uscire il de Maso in una stanza mediocremente luminosa, ed aperto l' occhio, egli diede segno di vedere molti oggetti, e giunto il ventesimo giorno si osservò ridotto quasi allo stato sano, e nel dì 25 Marzo uscì dalla clinica avendo ricuperato un sufficiente grado di vista. Stato del medesimo dopo sedici giorni.

§. 21. Dopo tre mesi io lo feci venir di nuovo nella scuola, onde assicurare i miei uditori, ch' egli vedeva con distinzione, quanto bisogna per camminar solo, e per guadagnarsi il vitto, e feci notare, che la nuova pupilla non erasi punto ristretta. Dopo tre mesi.

§. 22. Prima che il de Maso fosse congedato dalla scuola clinica mi piacque richiamar l' attenzione de' giovani sul caso osservato, e feci loro considerare, che l'igieneurosi s' era trovata conforme al pronostico; rammentai l' inconveniente dell' iride, che si presentò sotto il ferro nel momento dell' operazione, e che mi costrinse a fare il taglio corto nella cornea. Corrispondenza del successo col pronostico.

§. 23. In ultimo luogo feci osservare che sebbene la pupilla non fosse riuscita molto grande pur non dimeno l' uomo vedeva con distinzione soddisfacente, e qui ricordai il teorema sulla proporzione della nuova pupilla col diametro del taglio. Limite della nuova pupilla conforme al Teorema spiegato.

§. 24. Questo caso è uno de' molti esempj di ceratoscotesi con sinechia ne' quali abbiamo ottenuto guarigione senza medicine preparatorie, e senza il menomo uso di medicine interne quantunque la persona soggettata all' operazione presentasse indizii di lue sifilitica. Felice cura senza uso di medele.

§. 25. Il caso descritto risponde quasi interamente al dato del problema I. Vi era però complicazione di tenue sinechia la quale non impedì la formazione dell' ernia dopo il taglio della cornea; il coltello venne portato obbliquamente sulla cornea perchè il campo era ampio; ed il taglio essendo riuscito picciolo diede occasione a formare pupilla angusta, quantunque l' iride venisse recisa in tre tempi. Analisi del caso descritto.

## STORIA II.

### IN CUI SI ESPONE LA CURA DI GIUSEPPE SCALESE.

*All'occhio sinistro vi è ceratoscotesi con sinechia, lente sana, ed igieneurosi.*
*L' occhio destro è in istato di atrofia.*

Condizione dell' infermo.

§. 1. La persona sottoposta alla ectomia è Giuseppe Scalese ex-militare d' anni 24 robusto, e sano.

L' operazione venne praticata la mattina del dì 1.° Marzo 1817.

L' atrofia dell' occhio destro era effetto di grave oftalmia ed ipopio preceduto.

Stato dell' occhio sinistro.

§. 2. L' occhio sinistro era in una condizione molto simile a quella descritta nel de Maso, e di più aveva oftalmia traumatica perchè pochi dì prima io avea estirpato uno pterigio che occupava l' angolo interno. Ad onta di ciò non volli ritardare la pratica dell' ectomia per mostrare, che l' oftalmia traumatica leggiera non sarà complicazione controindicante.

Taglio della cornea.

§. 3. Il taglio della cornea mi riuscì marginale, lungo circa tre linee, e situato verso la parte inferiore, e l' angolo esterno.

Estrazione dell' iride.

§. 4. L' iride era così aderente al leucoma, che in questo caso dopo aperta la cornea non si presentava fra i margini della ferita, nè si staccò, ma fu d'uopo strapparne via tre pezzi mediante la pinzetta acuta, e non essendo accaduta dialisi non comparve, che ifemia leggiera; e la pupilla restò aperta come io m' avea proposto.

Cura consecutiva.

§. 5. Tutto il rimanente andò come vien descritto nella storia precedente, e nel dì 13 Marzo l' uomo cominciava a discernere molti oggetti a qualche distanza, e nel dì 20 si trovò guarito.

Riflessioni prima di congedare l' uomo.

§. 6. Prima di congedarlo feci notare agli studenti, che quest' uomo non avea sofferto iritide quantunque l' iride fosse stata strappata a pezzetti, e ciò dipendeva dacchè tutte le parti contuse dalla pinzetta erano state portate via.

Che l' iride si può strappare.

§. 7. Questa storia serve a provare, che l' oftalmia cronica non controindica assolutamente l' operazione; e che si può strappar via l' iride invece di tagliarla; quando vi è sinechia senza timore.

# STORIA III.

## IN CUI SI NARRA LA CURA DI VINCENZO ROMAN.

*L' occhio sinistro è affetto da ceratoscotesi prodotta dal panno insanabile.*
*L' occhio destro è viziato per ceratoscotesi leucomatosa con sinechia e restringimento della camera anteriore.*

§. 1. A dì 8 Marzo presentai nella clinica a' miei uditori Vincenzo Roman natio di Varsavia soldato invalido nell' età d' anni 34 robusto. Età e condizione dell' infermo.

§. 2. Nell' occhio destro vedevasi la cornea men convessa del solito per effetto di ulceri precedute, e l'iride era inclinata verso il centro opaco in guisa, che la camera anteriore era molto angusta. Stato dell' occhio destro.

§. 3. Quantunque le pupille fossero chiuse quasi perfettamente l' uomo distingueva molti oggetti segno d' igieneurosi. Segno d' igieneurosi.

§. 4. All' occhio sinistro il taglio mi riuscì come dimostra la *Tav. II, figura 6.*, per la lunghezza di due linee e mezza. Taglio a sinistra.

§. 5. All' occhio destro non riuscì egualmente preciso perchè venne intaccata la sclerotica; il che induce sempre un' ifemia grave, e mi fa dubitare di alterare i legamenti cigliari per causa della prossimità del taglio. Taglio a destra disceso fino alla sclerotica.

§. 6. Aperte le palpebre dell' occhio sinistro si presentò l' ernia, e con facilità praticai la *regola II.* Recisione dell' iride al sinistro.

§. 7. All' occhio destro si presentò l' ifemia, che venne tolta mediante la pinzetta, e l' iride si lacerò, e quantunque ne avessi strappato due pezzetti mediante la pinzetta acuta mi avviddi che ne era rimasto un dentello attaccato al centro il quale s' era ritirato verso il leucoma, e s' era nascosto come indica la *Tav. IX, figura 5*, ma poichè l' occhio si contraeva con forza ad ogni istante e la lente si presentava fra i margini della ferita ho desistito da ulteriori tentativi. Recisione dell' iride al destro.

Perchè il dentello non potesse recar danno all' iride.

§. 8. In questo caso io non temeva, che se il dentello fosse stato pizzicato, o contuso dalla pinzetta potesse dar principio a grave iritide perchè m' era avveduto, ch' esso era quasi isolato dal resto dell' iride.

Stato dell' infermo dopo alcune ore.

§. 9. Dopo alcune ore l' infermo mi assicurò, che il dolore eccitato dall' operazione s' era calmato, e non accusava. che un senso di bruciore negli occhi.

Segni d'iritide.

§. 10. La notte consecutiva accusò un dolore, che si estendeva alla fronte, ed al sincipite destro, e si temè l' iritide, ma il mio assistente applicò una mignatta vicino al canto interno dell' occhio, e lasciato sgorgare il sangue cessò il dolore, e verso l' alba l' uomo prese sonno.

Seconda applicazione di una mignatta.

§. 11. Passò bene le prime ore della mattina, ma poi essendosi accresciuta la lagrimazione il dopo pranzo, e fattesi calde le lagrime, e presentandosi un dolore al contorno dell'orbita destra nella sera venne applicata un'altra mignatta, e cessò ogni molestia.

Si purga a dì 11.

§. 12. Il giorno 11 non altro accusava, che stitichezza di ventre, e gli venne amministrata una purga.

Si aprono gli occhi.

§. 13. Il dì 24 si aprono gli occhi, ed incomincia a vedere distintamente con ambedue.

Stato delle pupille osservato.

§. 14. Il di 28 si osservò, che la pupilla sinistra era più ampia e più libera della destra, e che quest' occhio vedeva meno distintamente; siccome era da prevedersi.

Riflessioni sull' iritide e sulle cagioni.

§. 15. Prima di congedare il Roman, feci riflettere agli studenti, che essendo stata contusa l' iride erasi veduta l' iritide, ed alla fine dell' anno feci loro conoscere che in questo biennio era stata praticata l'ectomia semplice ben 56 volte, ed in tre soli casi erasi osservata l' iritide, che venne opportunamente curata mediante l' applicazione delle mignatte: le persone furono Vincenzo Roman, Rosa Stefanile, ed Eugenia Varriale.

Prova dell' opportunità delle regole.

§. 16. Questo buon successo dimostra l'utilità delle regole determinate poichè innanzi di avere stabiliti i principii della coroteconia si vedeva anche in casi semplici svilupparsi l' iritide, o l' ipopio, che terminava producendo un' atresia peggiore di quella che si voleva curare, oppure induceva atrofia dell' occhio; or son molti anni, che questi effetti dispiacevoli non si sono osservati.

§. 17. Uno studente mi domandò per qual motivo avessi tagliato ambedue le cornee nel caso del Roman innanzi di tirar fuori l' iride, e gli feci conoscere, che nel tempo in cui tagliasi la cornea di un'occhio, l'altro per un consenso muscolare, e nervoso si mette in contrazione, e che nel momento di questo taglio è utile, che l'iride sia intatta, la qualcosa sempre giova a contenere l' acqueo della camera posteriore, la lente, la casula, e così non vi è pericolo, che per la contrazione inevitabile nel momento di tagliare una cornea si porti alterazione alla lente, o alla casula dell' altro occhio.

Perchè abbia tagliato ambedue le cornee prima di estrarre l' iride.

§. 18. Nell'atto dell' operazione si vidde la lente, che sporgeva fuori dall' occhio destro per causa di contrazioni forti, si conobbe la necessità di strappar l'iride per l' influenza della sinechia, e si osservò iritide traumatica; inoltre si ebbe un esempio di ceratoscotesi da panno all' occhio sinistro.

Effetto della sinechia.

§. 19. Taluno avrebbe potuto credere, che in questo caso fosse bastato curare il panno, ma vi erano piccioli leucomi superficiali sparsi fra mezzo, ed il panno era sì cronico, che la cura più fortunata avrebbe sempre lasciato opacità rimpetto alla pupilla e come la parte inferiore della cornea era la più diafana ho praticato l' ectomia in questo luogo.

Perchè il panno potesse considerarsi incurabile.

---

# STORIA IV.

## IN CUI FAVELLASI DELLA CURA DI GEREMIA MAZZOCCHI.

*L' occhio destro con sinizesi da ipopio preceduto, e sinechia, e leucoma fuori del lume della residua pupilla.*
*L' occhio sinistro era distrutto.*

Condizioni dell' infermo.

§. 1. Geremia Mazzocchi d' anni 40 natio di Muschiano vicino a Nola si presentò fra gli ambulanti nel mese di Febbrajo p. p. L'occhio sinistro era distrutto, e nel destro vedevasi oftalmoblennorrea grave con ipopio attuale occupante la metà inferiore della cornea.

Cura preceduta all'operazione.

§. 2. L'applicazione delle sanguisughe fece terminare l' infiammazione, e l' uso del laudano coll' acetato di piombo restrinse i vasellini dilatati sulla congiuntiva; e le ghiandole di Meibomio, ch' erano ingrossate, talchè si fece trasparente la parte superiore della cornea, e la pupilla quantunque ristretta per causa di una cateratta spuria giallognola era libera, nè veniva impedita dal leucoma, che era effetto dell' ipopio, ormai dissipatosi; la parte inferiore della cornea era tutta opaca, ed il leucoma stendevasi verso l' angolo interno, la cornea era trasparente verso l' angolo esterno, e verso la parte superiore.

Vista residua.

§. 3. La cateratta spuria non era molto densa, e gli oggetti che il Mazzocchi distingueva ad un lume favorevole mi accertarono dell' igieneurosi; ma nessuna parte della cornea era perfettamente diafana se non che in alto.

Taglio della cornea.

§. 4. A dì 8 Marzo piantai nella parte superiore della cornea destra il coltello e feci il taglio discendendo verso l' angolo esterno come indica la *Tav. VII. Fig. 4.*

Difficoltà e pericolo incontrato.

§. 5. Il coltello non fu pronto a tagliare, e provai dello stento nell' atto di compiere la ferita, infatti se il taglio fosse stato, o più lungo, o più vicino alla sclerotica ne sarebbe stata alterata, la lente o la casula.

§. 6. Venuto a praticar la seconda regola mi avviddi dell' utilità di avere disteso il taglio verso l' angolo esterno perchè la pinzetta poteva essere introdotta nella camera anteriore lateralmente, e senza volgerne le punte verso il cristallino; ma avendo tardato ad imboccare i manichi della cesoja di Daviell mi sfuggì l' iride, e bisognò riprenderla nel momento in cui l'occhio si volgeva in alto il qual movimento mi recava molta difficoltà. Recisione dell' iride.

§. 7. Agitandosi l' occhio moltissimo io non poteva recider l'iride perchè la mano che portava la cesoja era lontana e sospesa, ma finalmente avendo colto un' istante opportuno mi riuscì il farlo. Difficoltà provata in questo caso.

§. 8. Le difficoltà ora accennate mi determinarono a riguardare la cesoja di Daviell come un istromento poco opportuno a quest' officio, per la qual cosa deliberai farmi eseguire una cesoja più facile a prendersi, e che non m' impedisse di tenere le dita appoggiate al contorno dell' orbita. Difetto conosciuto nella cesoja.

§. 9. L' ifemia tenue osservatasi nel primo momento fu ben tosto dissipata e la pupilla si mostrò libera ed aperta come io desiderava. Ifemia dissipata.

§. 10. La cura procedè al solito, e nel dì 29 Marzo l' uomo poteva camminar senza guida, e distingueva molti oggetti, quantunque avesse desiderio di vedere più distintamente. Cura felice.

§. 11. Io feci però conoscere agli studenti, che l' uomo non vedeva con quella distinzione, che avrebbe desiderato perchè tutta la cornea era alcun poco offuscata anche nella parte superiore, cosa che non appariva prima di eseguire la coropeja: ma quando l' iride era tolta via si riconosceva il difetto della cornea perchè i colori variati dell' iride situata dietro la cornea facilmente illudono l' oculista, ed il difetto di questa membrana non apparisce, che dopo l' operazione. Difetto conosciuto nella cornea.

§. 12. Questo caso mi ha dato a conoscere l' imperfezione delle forbici di Daviell ed il vantaggio di fare scendere il taglio verso l' angolo esterno quando lo stato della cornea il permetta. Imperfezione delle forbici di Daviel.

---

## STORIA V.

### IN CUI DESCRIVESI LA CURA DI GENNARO PONTIERI.

*L' occhio destro è affetto da ceratoscotesi con sinechia, e cateratta spuria senza, che abbia preceduto iritide nè ipopio, il campo diafano è in basso e verso l' angolo interno.*
*L' occhio sinistro è distrutto.*

Stato dell' infermo.

§. 1. Gennaro Pontieri d'anni 28 di Napoli scorbutico, e sifilitico era stato attaccato da oftalmoblenorrea grave, che mal curata produsse atrofia dell' occhio sinistro, e lasciò nella cornea destra un leucoma vasto occupante la parte superiore, e l'angolo esterno.

Difetto della cornea poco manifesto.

§. 2. Feci notare agli astanti, che un panno denso avea occupato la cornea tutta intera, e che ora, quantunque dissipato, lasciava una opacità superficiale alla parte inferiore quasi impercettibile, ma che dopo tolta l' iride questa sarebbe più evidente.

Cimento dell' operazione.

§. 3. Inoltre feci considerare, che stante l' igieneurosi l' infermo vedeva molti oggetti, ma questo residuo grado di forza visiva, come inutile agli usi della vita poteva mettersi in cimento mediante l' operazione da cui si sperava un vantaggio notabile.

Taglio della cornea destra.

§. 4. Diressi il coltello dal basso in alto, e mi riuscì un buon taglio marginale lungo circa 3 linee, ma l' occhio si ritirò in alto recandomi qualche imbarazzo. ( *Vedi Tav. II. Fig. 6.* ).

Ernia dell' iride; e recisione.

§. 5. Aperto l' occhio trovai l' ernia, e l' iride venne staccata dal leucoma colle pinzette e tiratane in fuori buona porzione mi riuscì facile tagliarla mediante le cesoje a molla.

Distacco dell' iride.

§. 6. Nell' atto di tirarla fuori l' iride si staccò dal margine dentato della coroidea verso l' angolo interno, e tosto comparve un' ifemia grave. ( *Vedi Fig. 7.* ).

Cura dell' ifemia.

§. 7. Dopo alcuni minuti tirai fuori i grumi di sangue mediante la pinzetta acuta, come indica la *figura 8* e si vidde la pupilla libera come alla *figura 9* della medesima tavola.

§. 8. Tutto riuscì felicemente fino adi 16 aprile in cui può dirsi perfettamente sanato, e vede quanto basta per camminare con sicurezza, e per le faccende ordinarie e la pupilla è aperta come indica la *Fig. 9.* Buona riuscita dell' operazione.

§. 9. Prima di congedare il Pontieri feci dunque notare agli astanti il vantaggio ottenuto dall' uso della cesoja a molla adoprata per la prima volta; ed avvisai gli studenti del danno, che arreca in simili casi la tenue opacità superficiale della cornea, la quale dopo l'ectomia era diventata più manifesta, e recai ad esempio un vetro da orologio appaniato posto sopra un tubo profondo e fosco nel suo interno, facendo loro conoscere, che l'opacità del cristallo era meno evidente quando vi si ponea sotto un drappo di seta a varj colori, più evidente se questo si toglieva, e si guardava il fondo opaco del tubo. Buono effetto della cesoja a molla, ed opacità visibile dopo.

§. 10. Notizie le quali giovano a ben considerare lo stato della cornea onde regolare il pronostico, e scegliere quel campo alla nuova pupilla, che meglio può convenire onde non avvenga ciò che diremo nel dare le storie del Rotondo, e del Mascetera. Utilità di conoscere lo stato della cornea.

---

*

## STORIA VI.

### INTORNO ALLA CURA DI FRANCESCO BENEVENTO.

*Questa offre un triplice esempio di operazioni all'occhio sinistro, il quale era affetto da sinizesi con sinechia e cateratta spuria, conseguenza di preceduta iritide.*
*L' occhio destro era disorganizzato per leucoma totale.*

Perchè si darà conto della prima operazione. §. 1. Incomincio la storia dalla prima operazione quantunque allora egli non fosse in clinica perchè molti studenti lo hanno veduto fin da quell' epoca.

Stato dell'infermo §. 2. Il Benevento d'anni 24 si presentò a me sulla fine del 1816, coll' occhio destro, che aveva l' intera cornea vestita da cicatrice e nel sinistro presentava un panno esteso su tutta la cornea con cicatrice alla parte superiore.

Stato della pupilla. §. 3. Curato il panno, e ridotta la cornea ad una trasparenza quasi regolare, si vedeva la pupilla diventata picciola, trasportata in alto, ed impedita da cateratta spuria alquanto densa; inoltre vi era tenue sinechia in alto.

### *PRIMA OPERAZIONE.*

Epoca dell' operazione. §. 4. La prima operazione venne eseguita in una casa privata il dì 16 Decembre 1816, e si vedevano residui dell' oftalmoblenorrea, e del panno.

Taglio della cornea destra. §. 5. Il taglio della cornea mi riuscì più corto di quel che io avea divisato perchè nel far la punzione il ferro trapassò l'iride, e per timore di ferir la lente spinsi fuori la punta troppo sollecitamente, e nel compiere il taglio discesi fin sulla sclerotica, tagliai la congiuntiva ch'era irrigata da molti vasi sanguigni sicchè ebbe luogo un'ifemia accidentale grave, la quale a mio credere era effetto de'vasi ingrossati nella congiuntiva, e nella sclerotica ch' erano stati recisi.

§. 6. L' iride non usciva a guisa d' ērnia e con difficoltà ne tolsi tre pezzi ben piccioli mediante le pinzette prima colla dentata e poi con quella acuta, ma non potendo interamente togliere l' ifemia non potei riconoscere l' estensione della nuova pupilla, nè volli troppo insistere; perchè l' occhio si contraeva, e si presentava la lente. Recisione dell' iride.

§. 7. In seguito la cura andò benissimo, e nel dì 4 Gennajo la cornea era guarita, ma la vista ricuperata era assai debole perchè vedevasi un istmo dell' iride ch' io non avea potuto portar via, e le due pupille picciole erano anche ingombrate da cateratta spuria. ( *Vedi la Tav. III. Fig. 6.* ). Cura consecutiva e pupille visibili.

§. 8. Ne' primi giorni di Gennajo faccio rinnovare l' applicazione giornaliera del laudano per dissipare il panno, e la cornea si rischiara, ma la nuova pupilla ch' era riuscita picciola si restringe ancor più, e l' uomo assicura di avere acquistato pochissimo. Laonde mi determino a farlo ricoverare in clinica onde rinnovare l' operazione. Restrizione della pupilla.

*SECONDA OPERAZIONE.*

§. 9. Il dì 14 Marzo pratico il taglio attraversando la cornea dal basso in alto verso l' angolo interno, e mi riesce lungo tre linee e mezza. Nuovo taglio della cornea.

§. 10. Indi afferrai l' iride, e ne portai via una sufficiente porzione comprendendovi l' istmo. In quel momento però comparve l' ifemia grave, e quantunque facessi uscire porzione del sangue restò ingombrata la nuova pupilla. Recisione dell' iride.

§. 11. In seguito il tutto riuscì bene; ma nel dì 6 Aprile aperte le palpebre in un luogo bene illuminato dà segno di avere acquistato pochissimo, e nel dì 20, esaminato l' occhio ad un lume favorevole, riconosco esser la nuova pupilla ingombrata da cateratta spuria di color fosco siccome indica la *Fig. 7. Tav. III.* Stato consecutivo dell' occhio.

*TERZA OPERAZIONE.*

§. 12. Fu questa la prima volta, che ho veduto una cateratta spuria cagionata da ifemia, e fermai quindi proposito di tirar Cateratta per ifemia.

fuori i grumi di sangue con maggior diligenza in qualunque altra occasione simile.

Aspetto di essa. §. 13. L'aspetto villoso della cateratta spuria, ed il colore fosco mi persuadevano, che la cateratta spuria altro non fosse, che il crassamento del sangue raccoltosi nella camera anteriore.

Terzo taglio della cornea. §. 14. Nel dì 26 Aprile, essendosi dissipata l'oftalmia traumatica, feci il taglio della cornea incominciando verso l'angolo esterno e mi riuscì lungo ben quattro linee.

Estrazione della cateratta spuria. §. 15. Indi afferrai mediante la pinzetta quel corpo fosco, che pareva una cateratta spuria, e lo tirai fuori tutto intero restandomi libera la pupilla, ch' io avea aperta mediante la precedente operazione.

Estrazione del sangue. §. 16. Comparve subito dopo l' ifemia leggiera, e mediante la pinzetta acuta feci uscire il sangue.

Successo della terza operazione. §. 17. In seguito la cura andò felicemente, e nel giorno 18 Maggio il Benevento uscì di clinica felicemente guarito per quanto il comportava lo stato della cornea.

Aplocia osservata. §. 18. La prima operazione spiega l' aplocia, che ha luogo quando si lascia istmo dell' iride.

Caso d' ifemia. §. 19. La seconda fa pruova, che dobbiamo tirar fuori il sangue in caso d' ifemia grave.

Estrazione di cateratta spuria. §. 20. La terza dimostra che possiamo praticare fino a tre operazioni sul medesimo occhio senza produrre grave oftalmia traumatica, nè atrofia.

---

# STORIA VII.

## CHE RIGUARDA LA CURA DI SALVATORE CASSESE.

*Ceratoscotesi per leucomi con tenue sinechia e cateratte spurie senza che fosse preceduta iritide.*
*Nell' occhio destro il campo trovasi in alto.*
*Nel sinistro in basso; ma gran parte della pupilla è aperta; vi si vede però tenue cateratta spuria.*

§. 1. Salvatore Cassese d'anni 24 natio di Nola affetto da sifilide, di temperamento nervoso astenico, avea subìto con vantaggio l'ectomia all' occhio destro per mano del Dottor Castellaccio, il quale nel mese di Febbrajo p. p. avea praticata la detta operazione nel deposito militare sotto la mia direzione. Stato dell' infermo.

§. 2. Addì 20 Marzo feci notare agli astanti che era ardita impresa tentare l' ectomia nell' occhio sinistro poichè la pupilla vedevasi in gran parte aperta e l' occhio potea discernere molti oggetti ma, che in questo caso essendosi ricuperato l' altro occhio mediante l' operazione preceduta si poteva tentarla. Condizione dell' occhio sinistro.

§. 3. Il taglio della cornea mi riuscì lungo tre linee e mezzo incominciando verso l' angolo esterno, e vicino al margine della sclerotica. Taglio della cornea sinistra.

§. 4. Indi l'iride si distaccò dal leucoma per l' urto dell'umor acqueo, e formatasi l' ernia, questa membrana venne tagliata in tre tempi mediante le forbici onde evitare l' aplocia. Recisione dell' iride.

§. La cura andò felicemente, e l' infermo ricuperò un grado di vista a quest' occhio, che superava la forza dell' altro, e se ne andò ben contento. Cura felice.

§. 6. Questa istoria dimostra il vantaggio di aprir due pupille quantunque il campo sano delle due cornee non sia omologo. Campo non omologo.

# STORIA VIII.

## INTORNO ALLA CURA DI GIROLAMO ROTONDO.

*La cornea sinistra è disorganizzata.*
*All' occhio destro la ceratoscotesi leucomatosa lasciava picciol campo verso la parte inferiore e verso l' angolo esterno, ed era stata da me medesimo aperta picciola pupilla verso la parte inferiore per ectomia.*

Condizione dell' infermo. §. 1. Girolamo Rotondo è un soldato invalido d' anni 22 natio di Mola di Bari; la sua cecità è conseguenza di oftalmoblenorrea sofferta 27 mesi addietro e trascurata.

Operazione preceduta. §. 2. Nell' occhio destro io avea aperta la pupilla in basso, ma con poca utilità poichè una cicatrice tenue offuscava il campo della nuova pupilla, ed i colori vivaci dell' iride mi aveano fatto giudicare la cornea più diafana in questa parte.

Altro campo verso l' angolo esterno. §. 3. Vedevasi però un campo alquanto diafano per cui traspariva una porzione d' iride vicina all' angolo esterno sotto la cornea, e questa era attaccata alla detta membrana per sinechia. Innanzi di tentare l' operazione dissi al Rotondo che era possibile tentare un' operazione, ma ch' io non poteva esser sicuro della riuscita a che mi rispose, *non importa, quando io sono nelle mani vostre non temo di nulla, e mi lascierei tagliare anche la testa non che l' occhio.*

Taglio della cornea destra. §. 4. Queste parole mi fecero decidere a tentare l' ectomia nel dì 12 Aprile, e feci il taglio piantando il coltello nella parte alquanto offuscata della cornea ch' era superiore al campo diafano, e lo feci discendere verso la parte inferiore aprendo una ferita lunga tre linee circa.

Estrazione dell' iride. §. 5. Dopo ciò l' iride non usciva, ma introdussi la pinzetta, e mi riuscì di tirarla fuori tutta dietro la parte diafana della

cornea da cui si staccò nè fu d' uopo tagliarla via, e l' occhio restò privo di qualunque parte d' iride visibile.

§. 6. Io feci considerare agli astanti, che in questo caso non si vedeva più iride, e che unicamente si poteva supporre, trovarsene qualche parte dietro il campo offuscato della cornea, ma che più fiate io mi era convinto per via di osservazioni trovarsi quasi tutta disorganizzata l' iride quando sia dietro a' vasti leucomi, e che il pronto distacco avvenuto sotto l' azione della pinzetta nel campo della nuova pupilla, mi avea fatto giudicare, che dietro al leucoma l' iride non si fosse conservata sana. Perchè non si vedesse più iride.

§. 7. La cura andò felicemente, e nel dì 27 l' uomo distingueva molti oggetti, e poteva camminare senza guida. Successo felice.

§. 8. Confrontando i due campi semidiafani della cornea posti dirimpetto alle due nuove pupille vedesi chiaramente esser più diafano il campo situato verso l' angolo esterno e non già quello inferiore. Campo più chiaro.

§. 9. Importa al pratico sapere, che si è potuto in questo caso aprire una pupilla artificiale per dilatare la prima già esistente alla parte inferiore, senza distrugger l' occhio; e che tutta l' iride visibile siasi potuta portar via con vantaggio della facoltà di vedere. Cognizioni dedotte da ciò.

---

# STORIA IX.

### IN CUI DESCRIVESI LA CURA DI LORENZO VECCHIONE.

*La cornea destra è tutta offuscata e stafilomatosa.*
*L' occhio sinistro è affetto da ceratoscotesi per causa di stafiloma nel centro.*

Condizione dell' infermo.

§. 1. L' infermo è Lorenzo Vecchione d' anni 32 natio di Morgano, il quale avea sofferto oftalmoblenorrea ricorrente da cinque anni in quà.

Apparente trasparenza della cornea.

§. 2. Tutta la periferia della cornea sembrava diafana, principalmente verso la parte inferiore e verso l' angolo interno; ma io feci osservare di profilo la cornea agli astanti, e feci loro conoscere, che vi era molta opacità, la quale dipendeva da taluni vasellini sanguigni, che percorrevano la cornea in varj luoghi, ed era l' effetto della forma conica di questa membrana.

Taglio della cornea sinistra.

§. 3. A dì 15 Aprile feci il taglio della cornea d' alto in basso portando il coltello sopra la radice del naso, e piantatolo verso il canto interno lo spinsi attraverso al margine della cornea in guisa, che l'occhio si volse in basso ed all'angolo esterno.

Recisione accidentale dell'iride.

§. 4. Il coltello però nel suo passaggio s' impegnò nell' iride, e la tagliò formando un istmo fra la residua pupilla e la nuova apertura.

L' uncino lacera l' iride.

§. 5. Tentai di tirar fuori l' iride mediante l' uncino col quale io sperava tirar fuori anche l' istmo, ma essendo la detta membrana molle, e presa ne' contorni del margine pupillare si lacerò.

Estrazione mediante la pinzetta.

§. 6. Allora ne afferrai una porzione mediante la pinzetta dentata, e la tagliai via mediante le forbici; ma restava un dentello d' iride verso l' angolo interno, che minacciava di scendere ad occupar la nuova pupilla, ( *vedi Tav. V. Fig.* 5. ) e presolo mediante la pinzetta acuta lo tolsi felicemente, sicchè restò aperta la pupilla come indica la *Figura* 6. *Tavola V.*

§. 7. La cura procede felicemente, e il dì 28 l'uomo esce di clinica avendo ricuperato sufficiente facoltà di vedere, quantunque esaminato l'occhio con attenzione vedevasi un' istmo, che divideva la ristretta pupilla naturale dalla nuova; questa però non era come l'altra ingombrata da cateratta spuria. Riuscita dell'operazione.

§. 8. Questo esempio serve a dimostrare, che l'uncino di Beer mal riesce quando l'iride è molle, e che la nuova pupilla si può aprire strappando l'iride senza cagionar dannosa iritide. Deduzione dal citato esempio.

---

## STORIA X.

### CHE RIGUARDA LA CURA DI DOMENICO BRANCHETTI.

*Le cornee sono grandi vi è color blò sulla sclerotica ad onta dell' igieneurosi.*

*La ceratoscotesi dipende da leucoma, nell' occhio destro vi è tenue sinechia, nel sinistro l'iride è libera da sinechia, vi è panno, il campo è sano alla parte inferiore.*

Condizione dell' infermo.

§. 1. Domenico Branchetti soldato invalido d'anni 26 natio di S. Vincenzo in Terra di Lavoro avea sofferto da quattro anni in quà oftalmoblenorrea ricorrente sostenuta da veleno sifilitico, che avea prodotto ulceri, e quindi leucomi e panno delle cornee, e ceratoscotesi.

Segni d' igeneurosi.

§. 2. Avrei temuto ambliopia stante un indizio osservabile di una tinta fosca sulla sclerotica, ma ad onta dell' opacità descritta al luogo della pupilla l' uomo potea discernere molti oggetti, e varie tinte di colori anche deboli.

Tagli ad ambedue le cornee.

§. 3. Ho praticato i due tagli discendendo, e per la cornea sinistra mi servii del coltello di Richter il quale avendo attraversato molta parte della camera anteriore scorse colla sua maggior convessità tant' oltre, che fu d' uopo ritirarlo, ed agitarlo con molta difficoltà onde compiere il taglio, la qual cosa mi convinse maggiormente della ben calcolata forma del coltello di Beer, il quale per essere sempre crescente basta spingerlo innanzi onde compiere il taglio della cornea con tutta dolcezza, e senza pericolo di far contusione all' iride, nè di alterare la lente.

Recisione dell' iride sinistra.

§. 4. L' iride si presentò da se nell' occhio sinistro per l'ampiezza della ferita, e ne tagliai via gran porzione d'un colpo solo giugnendo a staccarla in basso dal margine dentato della coroidea nel momento dell' ectomia, talchè ebbe luogo un' ifemia grave, che fu poi dissipata.

Taglio della cornea destra.

§. 5. All'occhio destro il taglio della cornea era marginale ed esteso per tre linee, e mezza, dal canto interno fino alla parte inferiore; eppure il margine pupillare si staccò da per se dal leucoma, e la nuova pupilla si formò prima ch'io tagliassi l'iride ( *Vedi Tav. VI. Fig.* 2. ).

Estrazione dell'iride e restrizione della pupilla.

§. 6. Afferrata l'iride verso il canto interno mediante la pinzetta acuta ne tagliai via un pezzo, ( *vedi Tav. VI. Fig.* 3. ). Indi un'altro pezzo ne tolsi verso il lato esterno, e nel tirarlo fuori mi avviddi, che s'impiccioliva la pupilla quanto più iride avessi tolta per causa della aplocia in conformità del Teorema I. ( *Vedi Tav. VI. Fig.* 4. ).

Ernia consecutiva alla cura.

§. 7. Tutto andò felicemente fino al dì 7 in cui vedesi l'occhio destro sanato, al sinistro si scorge un'ernia verso l'angolo esterno perchè la cicatrice non è ben consolidata.

Cura dell'ernia mediante la pietra infernale.

§. 8. Chiudo l'occhio per otto giorni, e tengo l'uomo a letto; ma dopo trovo l'ernia come prima; applico la pietra infernale, ( nitrato d'argento ) ogni tre giorni; ma l'uomo soffre molto incommodo e l'ernia non si diminuisce.

Recisione dell'ernia.

§. 9. Allora avendo presente il successo ottenuto dalla recisione dell'iride in caso di ernia prodotta da ulceri, ne faccio la recisione mediante le forbici a becco di grue ( *vedi Tav. VI. Fig.* 6. ), questa fu eseguita il dì 26 Maggio, e tenni chiuso l'occhio fino al dì 30 in cui si trovò guarito, e l'uomo vede bene con ambedue gli occhi.

Cose provate da questa istoria.

§. 10. Questa istoria presenta un esempio di cetomia eseguita con successo felice ad ambedue gli occhi contemporaneamente; dimostra, che si è potuto far grande apertura alle cornee senza alterare la lente. Finalmente dimostra, che si può curare l'ernia dell'iride in questi casi con successo felice mediante il taglio.

# STORIA XI.

## INTORNO ALL' ECTOMIA ESEGUITA NELL' OCCHIO DESTRO DI GIO: BATISTA PERETTI.

*L' occhio sinistro era distrutto.*
*Nell' occhio destro vi era ceratoscotesi leucomatosa con sinechia, e tutta la parte superiore offriva un campo diafano esteso verso l' angolo esterno.*

Condizione dell' infermo. §. 1. Gio: Batista Peretti natio di Corsica in età d'anni 26 avea leucoma esteso su tutta la metà inferiore della cornea (*vedi Tav. VII. figura 4.*) : vi era sinechia, e tenue cateratta spuria nel lume dell' angusta pupilla.

Pronostico sul-l' operazione da farsi. §. 2. L' uomo vedeva molti oggetti situati in posizione favorevole, segno d'igieneurosi. Nel dettare la prognosi dissi che l' operazione era ardita perchè l' uomo vedeva molti oggetti, e si esponeva, come sempre addiviene, quando trattasi di un' operazione, e tanto più che il campo sano era in alto.

Taglio della cornea destra. §. 3. Adi 27 Aprile feci il taglio portando il coltello d'alto in basso verso l' angolo esterno (*vedi la figura citata*), e mi riuscì ben marginale, e lungo circa 4 linee.

Recisione del-l' iride, ed aplocia. §. 4. Afferrata l' iride, che formava ernia ne tagliai via buona porzione, ma la nuova pupilla era molto angusta a motivo di aplocia. (*Vedi Tav. VII. figura* 3.).

Estrazione del-l' iride. §. 5. Allora introdussi la pinzetta acuta, ed afferrata l' iride con forza mentre io volea reciderla non ebbi il tempo, che si distaccò dal margine dentato della coroidea, e se ne venne fuori tutta quella parte, che rispondeva alla cornea sana perchè l' altra porzione restava certamente attaccata al leucoma (*vedi Fig.* 2.).

Ifemia tolta. §. 6. Subito dopo comparve ifemia grave, ma feci uscire il sangue, e l' occhio mostravasi come la *Figura* 1. *Tav. idem.*

§. 7. Allora sorse il dubbio fra gli astanti se un' occhio senza iride potesse vedere, ed io citai molti esempi e fra gli altri quello di Girolomo Rotondo, in cui venne tolta via l'iride, io non sò se nel caso in cui tutta la cornea fosse sana si avrebbe lo stesso buon risultamento, ma quando questa fosse in gran parte offuscata io non posso più dubitare del buon successo.

Dubbio se un' occhio senz' iride potesse vedere.

§. 8. In seguito la cura andò felicemente, ed il Peretti acquistò un grado di vista molto soddisfacente, feci però osservare, che quando la luce era troppo viva egli teneva l'occhio socchiuso, e suppliva alla mancanza dell' iride mediante le palpebre.

Successo felice.

---

## STORIA XII.

### IN CUI RACCONTASI LA CURA DI MARIA ROSA PIZZUOLO.

*L' occhio destro ha ceratoscotesi per leucoma centrale.*
*L' occhio sinistro sembra sano, ma il campo della pupilla è leggiermente ingombrato da tenui leucomi.*

Condizione della persona.

§. 1. L' inferma è Maria Rosa Pizzuolo d' anni 17 natia della Cava in provincia di Salerno robusta, e sana con igieneurosi, ma sorda, e con l' occhio sinistro quasi perfettamente sano.

Taglio della cornea destra.

§. 2. Adì 3 Maggio portando il coltello sulla radice del naso faccio un taglio di cornea marginale, che si estende dall'angolo interno fino alla parte inferiore lungo circa tre linee.

L'iride mi sfugge ma ne taglio via un pezzo.

§. 3. L' iride si presenta subito dopo fra i lembi della ferita; ma appena afferrata mi sfugge perchè la giovane è molto irrequieta, e l' iride si lacera; ma ciò non dimeno la prendo una seconda volta, e mi riuscì di tagliarne via un pezzo grande circa due linee quadrate, e viddi una pupilla estesa quanto una linea, e mezza quadrata verso l'angolo interno e verso la parte inferiore.

Cura consecutiva.

§. 4. La cura procedeva senza molestia, ma nel quinto giorno la giovanetta accusava di aver sofferto dolori all'occhio, ed avea stitichezza di ventre, per la qual cosa se le diede una purga, e subito si trovò meglio.

Difficoltà portata dalla sordità.

§. 5. Appena compiuta l' operazione feci riflettere agli spettatori quanto facile sarebbe stata in se stessa perchè non vi era sinechia, e la forma dell'occhio era buona, ed il campo sano della cornea era favorevole, ma la sordità avendomi reso impossibile usare i mezzi morali avea dato origine ad una difficoltà assai notabile dipendente da irrequietezza della giovine.

Utilità della vista ricuperata.

§. 6. Il dì 27 Maggio la Pizzuolo trovasi in buono stato, e vedeva molto distintamente; in seguito essa era contenta della vista ricuperata a quest' occhio quantunque coll' altro vedesse molto distintamente.

# STORIA XIII.

## IN CUI DESCRIVESI LA CURA DI EUGENIA VARRIALE.

*La cornea sinistra era tutta sparsa di piccioli leucomi, ma il campo men fosco era al centro sicchè non vi era ceratoscotesi. La cornea destra era meno fosca, ma taluni gruppi di leucomi superficiali occupavano il centro e la parte superiore cagionando ceratoscotesi leggiera semplice.*

§. 1. Eugenia Varriale natia di Napoli in età d' anni 30 avea sofferto per due interi anni corneitide trascurata, e questa avea lasciato piccioli leucomi su ambedue le cornee, e ceratoscotesi all' occhio sinistro, col quale vedeva pochissimo. Condizione della persona.

§. 2. Adì 3 Maggio il taglio della cornea destra mi riuscì bene portando il coltello verso l'angolo interno, e facendolo scendere in basso, l'iride tagliata da principio non era sufficiente perchè rimaneva un'istmo fra la nuova pupilla e la pupilla naturale. Taglio della cornea destra.

§. 3. Subito dopo afferrai un'altro pezzo d'iride, e con questo tagliai via l' istmo, e la pupilla mi riuscì bene. Recisione dell' iride.

§. 4. L' inferma venne trattata colle solite diligenze, ma nella notte del dì 4 Maggio accusò i sintomi dell' iritide traumatica, la quale venne curata mediante una mignatta, e l' uso di un purgante, e subito cessò. Iride comparsa.

§. 5. Adì 20 Maggio la cornea è sanata, e la donna vede molti oggetti, indi avendo acquistato quel grado di forza ch'era sperabile esce di clinica, e ci assicura di vedere più chiaramente coll' occhio destro, che col sinistro. Riuscita dell' operazione.

§. 6. Ritornata dopo due mesi quantunque assicuri di avere acquistato coll' occhio destro una vista migliore, che col sinistro pure domanda, che si procuri di rendere ancor più chiara la la vista, locchè è impossibile. Stato degli occhi dopo due mesi.

§. 7. Allora presi occasione di far notare agli astanti come i desideri dell' uomo sieno insaziabili, e quanto poco sia grato colui, che di già gode qualche grado di vista se non può ricuperarla perfettamente, locchè dall' oculista dee mettersi a calcolo particolarmente prima di tentare un'operazione, la quale potesse mettere l' infermo a pericolo di perdere quel grado di vista, che ancor gli rimane. Riflessioni da farsi quando l'uomo vede, ed il campo non sia molto favorevole.

# STORIA XIV.

## INTORNO ALLA CURA DI ANDREA ROCCIOLA.

*Ceratoscotesi per leucoma con tenue sinechia all' occhio destro. Al sinistro non vi è sinechia, e notabile porzione della pupilla vedesi libera; ma vi sono due pterigi.*

Condizione dell' infermo.

§. 1. Andrea Rocciola d' anni 54 natio di Caserta avea sofferto oftalmoblenorrea ricorrente per 18 anni sostenuta da sifilide, e tuttora si osserva l' oftalmoblenorrea cronica oltre i leucomi, e pterigi, però vede molti oggetti ad un lume favorevole principalmente coll' occhio sinistro.

Pterigio estirpati poco prima della coropeja.

§. 2. Adi 7 Maggio estirpai uno pterigio dall' occhio sinistro il quale discendeva dalla palpebra superiore, e veniva a terminare nel leucoma, adi 9 tolsi via l' altro pterigio, che partiva dalla caruncola, e stendevasi fino al leucoma centrale ove incontravasi coll' altro.

Taglio della cornea destra, e recisione dell' iride.

§. 3. Adi 14 Maggio feci il taglio della cornea destra in basso, e verso l' angolo esterno, e dopo mi riuscì tagliare via una porzione d' iride, che avea due linee e mezzo di superficie in tre tempi. In guisa, che la nuova pupilla avea per base il taglio della cornea, ed essendosi staccata l' iride facilmente dal leucoma il margine pupillare abbassatosi formava il limite superiore della nuova pupilla.

Sensazione molesta sopravvenuta.

§. 4. L' uomo fu tenuto in cura secondo il solito, ma nel dì 17 Maggio essendosi lagnato di un senso di prurito e bruciore nell' occhio destro, con dolore che stendevasi anche al sopraciglio gli feci lavare le palpebre con acqua tiepida, e gli feci aprire l' occhio nelle tenebre finchè uscisse il materiale raccoltosi entro le palpebre.

Cura dell' occhio.

§. 5. Pochi minuti dopo egli assicurava di star meglio, e sempre andò meglio avendo la cura di fargli aprire le palpebre, e ripulir l' occhio due volte al giorno fino al dì 24 Maggio in cui mi accertai della buona riuscita dell' operazione.

§. 6. In questo dì 24 Maggio feci notare agli astanti che ormai avevamo posto in sicuro un occhio, e che perciò di buon animo potevasi eseguire ormai l' ectomia nell' altro. Riflessione sulla buona riuscita.

§. 7. Il taglio della cornea venne subito fatto dal canto esterno fino alla parte inferiore, e l'iride fu tagliata via in tre tempi venne staccata in parte dal margine dentato della coroidea. Taglio della cornea.

§. 8. Il distacco dell' iride, e la residua oftalmoblenorrea portarono grave isemia, ma toltone il sangue nel solito modo la pupilla si mostrò libera, e grande come io desiderava. Recisione dell' iride.

§. 9. Nella notte del dì 27 l' uomo accusò dolori, e molestia all' occhio sinistro, quindi si ebbe cura di aprire le palpebre, e lavar l' occhio al solito nel giorno 18 Giugno egli incomincia a veder molto distintamente, e da questo giorno applico il laudano, e poi la pietra infernale sui nepitelli, e l' acetato di piombo talchè l' oftalmoblenorrea, e le nubecole della cornea si dissipano, e l' uomo esce di clinica alla fine del detto mese in buono stato. Si aprono le palpebre.

§. 10. Ritornato egli a farsi vedere alla metà di Agosto si mostra molto contento della cura prestatagli. Buono stato in seguito.

§. 11. Io feci osservare agli astanti come le pupille si erano rischiarate, dopo la cura, e come egli vedesse distintamente quantunque non fossero nè omologhe, nè uguali. Riflessioni sullo stato consecutivo.

# STORIA XV.

## IN CUI NARRASI LA CURA DI GENNARO GAGLIARDI.

*L' occhio destro era distrutto.*
*Il sinistro è affetto da ceratoscotesi per leucoma con sinechia, lo spazio diafano trovasi in alto, ed al canto interno.*

Condizione dell' infermo.

§. 1. Questo soldato è natio di Napoli d' anni 20 di temperamento eccitabile stenico con sifilide.

Taglio della cornea sinistra.

§. 2. Adi 24 Maggio avendo ben preparato l' occorrente, e situato colle solite regole l'infermo piantai il coltello nella parte superiore della cornea sinistra, e col tagliente rivolto in alto ed attraversata la camera anteriore discendendo per lo tratto di due linee spinsi la punta infuori; e discendendo, e volgendo ognor più infuori la punta ottenni un taglio marginale lungo circa 3 linee ( *Vedi Tav. VIII. Fig. 4.* ).

Estrazione dell' iride.

§. 3. Riposato l' occhio e l' infermo per due minuti primi, afferrai l'iride verso l'angolo interno, e ne portai via tre pezzi perchè il primo non mi avea dato sufficiente apertura della pupilla, e tolta l' ifemia ho curato l' uomo al solito.

Buona riuscita consecutiva.

§. 4. Finalmente il dì 10 Giugno l' occhio del Gagliardi si trovò guarito, e potè discernere molti oggetti, talchè ritornò senza guida al Deposito Generale degli oftalmici, ove a poco a poco mediante l' applicazione del laudano si rischiarò la cornea, e potè acquistare un soddisfacente grado di vista.

## STORIA XVI.

IN CUI SI DA' CONTO DELLA CURA DI ROSA STEFANILE.

*Questo è il solo caso che risponde al dato del Problema I.°*
*L'occhio destro è perduto.*
*Il sinistro è affetto da ceratoscotesi per leucoma senza sinechia nè cateratta spuria; il leucoma occupa unicamente il centro della cornea.*

§. 1. Rosa Stefanile d'anni 17. natia di Tufino in Terra di Lavoro, è sana e robusta. L'occhio destro è offuscato da leucoma totale, ma il sinistro ha un campo libero in basso, e dà segno di igieneurosi. Condizione dell'infermo.

§. 2. La mattina del dì 7 Giugno avendo ogni cosa ben disposta, e situata l'inferma come si deve, feci il taglio della cornea sinistra infossando la punta del coltello verso l'angolo esterno ed attraversai la camera anteriore discendendo in guisa che la punta uscì verso il canto interno dell'occhio. Taglio della cornea sinistra.

§. 3. Nell'atto ch'io stava per compiere il taglio, molto acqueo sbalzò fuori con impeto, e l'iride si presentò come un'ernia sporgendo fuori per la ferita dietro al coltello ne'due estremi del taglio. In questo momento sentii palpitare l'occhio, e lasciai tosto la palpebra inferiore facendo anche abbandonare l'altra dall'assistente, sicchè calmatosi l'occhio terminai l'incisione. Contrazione dell'occhio.

§. 4. Trovai la pupilla aperta, perchè era discesa nel campo sano, e presa l'ernia dell'iride in basso mediante la pinzetta dentata, ne tagliai via tanta parte mediante le forbici a molla, che restò aperta una pupilla ben grande, la quale avea per base tutto il taglio della cornea, ed aveva una estensione di oltre due linee quadrate. Recisione dell'iride.

§. 5. In questo caso d'un colpo solo potei recidere una porzione d'iride sufficiente, e la nuova pupilla avea per base il taglio, e la parte superiore veniva formata dal margine pupillare superiore. Stato della nuova pupilla.

Stato della giovane il primo giorno.

§. 6. La giovane venne regolata nel consueto modo, e per le prime 24 ore accusava un senso di bruciorê, e diceva, che di tempo in tempo scaturivano a sgorghi lagrime calde, e copiose, questo era l' umor acqueo, che si riproduceva e sgorgava.

Indizj d' iritide nel secondo giorno.

§. 7. Nel secondo giorno vi erano indizj d' iritide verso la notte e venne applicata una mignatta dopo della quale cessò il dolore ai contorni dell'orbita, e tutto procedè in seguito regolarmente.

Vista ricuperata.

§. 8. Il dì 22 la donna comincia a vedere molti oggetti; ma non però appena aperto l' occhio, perchè sempre ne' primi istanti o non veggono, o veggono molto confusamente.

Direzione tenuta col coltello.

§. 9. In questo caso feci notare agli uditori, che il campo era molto grande, e che perciò si potè far penetrare obbliquamente il coltello.

Contrazione osservata.

§. 10. Al momento del taglio si osservò contrazione de' muscoli dell' occhio.

Iritide troncata in un modo semplice.

§. 11. L'iritide incominciava; ma venne moderata mediante l'applicazione di una sanguisuga.

# STORIA XVII.

## IN CUI NARRASI LA CURA DI ANTONIO MASCETERA.

*La cornea destra era disorganizzata.*
*Nell' occhio sinistro vi era ceratoscotesi con sinechia per causa di leucoma; il quale formava come una zona attraverso la cornea.*

§. 1. Antonio Mascetera d' anni 26, soldato invalido natio di Calabria, era di temperamento stenico-bilioso con sifilide, ma avea subìto cure mercuriali copiose. Condizioni dell' infermo.

§. 2. Io avea qualche mese prima eseguita l' ectomia verso la parte inferiore della cornea, ma trovandosi quel luogo molto ingombrato da leucomi superficiali il Mascetera acquistò pochissimo, e non poteva regolare i suoi passi. Operazione preceduta.

§. 3. Osservai, che il campo sano della cornea alla parte superiore era più ampio, e che nel suo centro era molto diafano, quindi volli tentare l' ectomia in alto ( *vedi Tav. VIII. Fig. 3.* ). Stato della cornea in alto.

§. 4. Feci dunque il taglio nel dì 18 Giugno come indica la *figura 4* portando il coltello con direzione obbliqua discendente verso il canto interno dell' occhio, e mi riuscì di toglier via tutta l' iride corrispondente al campo sano tagliandone via un pezzo, e poi strappando, e togliendo via i due pezzi laterali per evitare l' aplocia. Taglio della cornea, e recisione dell' iride in tre tempi.

§. 5. Tutta la cura procede felicemente, e nel dì 12 Luglio apro l' occhio, e comincia a vedere con distinzione, indi applico il laudano ogni mattina ed in seguito la vista si fà più distinta; e l' uomo può camminare senza guida ed è molto contento della seconda operazione. Successo felice.

§. 6. Feci notare a' miei uditori, che in questo caso l' uomo avea due pupille lontane nel medesimo occhio, ch' egli era rimasto senz' iride, che avea sostenuto due operazioni senza danno, anzi con vantaggio mirabile, e che l' iride si era anche strappata a brani, senza che perciò l' occhio soffrisse infiammazione grave. Riflessione intorno alle due pupille.

# STORIA XVIII.

## CHE RIGUARDA LA CURA DI VINCENZO PORTONE.

*L' occhio sinistro vede alquanto benchè affetto da panno, e cicatrici tenui.*
*All' occhio destro vi è ceratoscotesi da panno senza sinechia, lo spazio più sano della cornea è basso.*

Condizione della persona.

§. 1. Vincenzo Portone di temperamento robusto con sifilide natio di Napoli è di anni 28. Egli ha sofferto oftalmoblenorrea ricorrente da due anni in quà, e le cornee sono tuttora ingombrate da residui del panno, e dell' ipopio sofferto.

Stato degli occhi dopo cessata l'oftalmoblenorrea.

§. 2. Essendo ormai quasi in tutto cessata l' oftalmoblenorrea, e vedendosi quasi dissipato il panno, si conosceva, che l' occhio destro non poteva interamente liberarsi da ceratoscotesi stante residuo di panno insanabile con picciole cicatrici al centro della cornea, e perciò deliberai di tentare l' ectomia a quest' occhio.

Taglio della cornea.

§. 3. Adi 12 Luglio feci il taglio alla parte inferiore della cornea destra, ascendendo alquanto verso il canto interno, e subito dopo non essendovi sinechia trovai l'iride fra i margini della ferita e la pupilla discesa verso il canto interno.

Recisione dell' iride ad un sol colpo.

§. 4. Afferrai l' ernia dell' iride mediante una pinzetta dentata, e d' un colpo solo ne portai via tanta parte che restò aperta una pupilla lunga quanto il taglio ch' io avea praticato nella cornea.

Buon successo consecutivo.

§. 5. Non comparve ifemia, e tutta la cura andò felicemente in guisa che nel dì 28 Luglio l' occhio destro apertosi dava segno di aver molto acquistato, e vedeva più distintamente, che il sinistro.

Buon successo di oltre cure consecutive.

§. 6. In seguito abbiamo curato il panno, e la vista si è fatta sempre migliore; ed i leucomi essendosi ridotti quasi impercettibili nell' anno susseguente parve ad uno de' nostri assistenti di clinica, che si sarebbe potuta risparmiare in questo caso l'ectomia.

§. 7. Il quale avendomi ciò esposto, io gli feci osservare, che anche dopo guarito il panno l'uomo vedeva più distintamente, col destro, che col sinistro perchè la pupilla erasi aperta ove i leucomi non ingombravano punto la cornea, e poi gli dissi; *credete voi che se quell'uomo non avesse acquistato per le nostre cure avrebbe egli continuato sì lungo tempo a farsi medicare?* Riflessioni intorno a questo caso.

§. 8. Al che aggiunse l'infermo, ch'egli fin dal mese di Agosto avea ripreso le consuete occupazioni guidato dal solo occhio destro e che senza quell'ajuto, ed egli, e la madre sua non avrebbero avuto di che mangiare per tanti mesi. Utilità notata da esso stesso.

---

## STORIA XIX.

### IN CUI NARRASI LA CURA DI GENNARO GALLI.

*Ceratoscotesi per leucoma e panno con sinechia.*
*All' occhio destro lo spazio sano della cornea è verso l' angolo esterno, e parte della pupilla è libera in basso.*
*Al sinistro verso l' angolo interno nella parte inferiore.*

Condizioni dell' infermo.

§. 1. Gennaro Galli d' anni 24 natio di Napoli, robusto, affetto da sifilide, si presentò in clinica dopo aver sofferto per quattro mesi grave oftalmoblenorrea, che avea dato origine a leucomi centrali, e panno della cornea.

Taglio della cornea sinistra.

§. 2. Adì 21 Luglio feci un taglio alla cornea sinistra portando la punta del coltello verso l' angolo interno, e discendendo alla parte inferiore; e così fu aperta la cornea per 3 linee vicino al margine della sclerotica.

Recisione dell' iride.

§. 3. Indi portai via l' iride sovraposta al taglio in tre tempi ma non potendo tirarla fuori dell' occhio senza lacerazione per causa della sinechia dopo reciso il primo pezzo d' iride, gli altri due laterali glieli strappai mediante la pinzetta acuta.

Taglio della cornea destra.

§. 4. Alla cornea destra, io avea di già fatto il taglio piantando il coltello verso l' angolo esterno, e portandolo d' alto in basso obbliquamente, talchè la cornea era aperta per la lunghezza di tre linee, ma il coltello era andato così obbliquamente che il taglio al dì fuori pareva lungo più di 4 linee.

Recisione dell' iride.

§. 5. Allora presa l' ernia dell' iride ne tagliai via un pezzo, e subito dopo due altri l' uno verso l' angolo esterno, e l' altro verso la parte inferiore; talchè restò aperta la pupilla destra come io desiderava per lo spazio di tre linee quadrate.

Cura consecutiva.

§. 6. La cura consecutiva progredì felicemente senza niente di estraordinario, e nel dì 5 Agosto aprì gli occhi, e vedeva molti oggetti con distinzione.

§. 7. Feci osservare però agli assistenti di clinica, che il Galli riconosceva molti oggetti, ma non poteva con sicurezza calcolarne le distanze, poichè presentandogli per esempio un orologio, egli lo riconosceva, ma nel volerlo afferrare serrava per lo più la mano bensì rimpetto all'orologio ma la serrava innanzi di arrivare a toccarlo.

Imperfezione della vista.

§. 8. Questa incertezza nel giudicare del luogo, ove sono i corpi ne' primi giorni l'abbiamo notata in molti casi di ectomia ben riuscita, e gl' infermi dicono, che debbono abituarsi a vedere colla nuova vista perchè non vedono perfettamente come prima, ma passate appena 3 settimane abbiamo verificato, che il Galli riconosceva la distanza de' corpi con quella sicurezza, che abbiamo noi medesimi.

Difetto notabile i primi giorni.

# STORIA XX.

## IN CUI SI DA' CONTO DELLA CURA DI NICOLA LANTI.

*All' occhio destro vi è ceratoscotesi per leucoma, e sinechia. All' occhio sinistro la ceratoscotesi è imperfetta senza sinechia.*

Condizione dell' infermo.

§. 1. L' uomo è di temperamento astenico scorbutico, con sifilide in età d' anni 44 natio di Calvizzano, egli soffriva oftalmoblenorrea da undici mesi, e questa avea prodotto leucomi centrali, e panno; ma coll' applicazione del laudano i leucomi si erano ristretti, ed il panno si era dissipato.

Vizio notabile che però non m' impediva di far l' operazione.

§. 2. Feci conoscere, che vi erano tutti gl' indizii dell' igieneurosi, e che ad onta dello stato cattivo della salute di quest' uomo e de' residui dell' oftalmoblenorrea, io non avea difficoltà a tentare l' ectomia in ambedue gli occhi.

Taglio della cornea sinistra.

§. 3. Come infatti nel dì 2 Agosto piantato il coltello nel margine della cornea sinistra verso l' angolo interno attraversai la camera anteriore discendendo in basso, e feci un taglio lungo circa tre linee.

Taglio della cornea destra.

§. 4. Subito dopo feci un taglio nel margine della cornea destra incominciando verso il canto esterno e discendendo verso la parte inferiore; ma in questo momento avendo impiegato un coltello preparato da un nuovo artefice, e come il coltello riuscì duro in guisachè l' occhio fu spinto verso l' angolo interno e con difficoltà potei ritenerlo, che anzi il taglio mi riuscì un pò corto nella punzione, e quando io fui per compiere la recisione della cornea tanto ebbi a stentare, che l' occhio soffrì una scossa non lieve, e dubitai di avere scomposta la lente; ma non vidi uscire nè lente, nè vitreo.

Difetto delle cornee che produce ifemia.

§. 5. Le cornee erano così ingrossate, che me ne avvidi nel ricercare l' iride colle pinzette, e trovai l' ifemia grave perchè i tagli si erano estesi sulla sclerotica.

§. 6. Però nell' atto di toglier via l' iride uscì fuori il sangue, e nell' occhio sinistro potei reciderla in tre tempi, nel destro ne tagliai via picciola parte ma essendo sopravenuta aplocia, ne tolsi due porzioni laterali strappandole poichè la sinechia m' impediva di tirar fuori l' iride senza, che si lacerasse. Estrazione dell' iride.

§. 7. Tutto procedeva felicemente nel primo giorno ma al cominciare della notte il dì 4 egli accusa un senso di peso al contorno dell' orbita destra, che si aumentò, e la parte si fece dolente l' occhio era accalorato, ed uscivano lagrime assai calde bisognò dunque applicare una mignatta. Indizii d' iritide.

§. 8. Dopo questa applicazione cessò ogni molestia e l' uomo continuò ad assicurarmi, che non altro soffriva sennon un senso di calore quando si raccoglievano le lagrime. Utilità della mignatta.

§. 9. A dì 18 Agosto apre gli occhi, e dà prova di vedere con sufficiente distinzione. In seguito uso il laudano, e la vista si fa migliore, ed in fine l' uomo esce di clinica potendo camminare con franchezza, e far quando occorre allo stato suo. Buon successo consecutivo.

§. 10. Il Lanti è venuto qualche mese dopo alla clinica ben contento perchè le cornee si erano rischiarate singolarmente quella sinistra, e vedeva tanto, che se sapesse leggere e scriver potrebbe farlo. Buon successo notato dopo qualche tempo.

# STORIA XXI.

## INTORNO ALLA CURA DI GABRIELE LANCIA.

*Ceratoscotesi per leucoma con sinechia ad ambedue gli occhi, al destro il campo sano trovasi verso l' angolo esterno. Al sinistro verso l' angolo interno, ed in basso.*

Condizione dell' infermo.

§. 1. Nel dì 6 Agosto eseguii l' ectomia ad ambedue gli occhi di Gabriele Lancia ex-militare natio di S. Lorenzo Maggiore.

Malattia preceduta.

§. 2. Quest' uomo era stato condotto al deposito militare degli oftalmici quattro mesi addietro, e quantunque l' oftalmoblenorrea lo avesse attaccato pochi giorni prima, vedevansi ulceri vaste lasciate dagli ascessi delle cornee, le quali aveano già distrutto gran parte del centro della cornea tanto destra che sinistra; e perciò le nostre cure non riuscirono in altro, che ad impedire una maggiore distruzione di parti, e a dissipare l' infiammazione.

Utilità ch' io ne sperava.

§. 3. Prima di eseguire l' operazione feci osservare agli astanti che quantunque fosse cronica esisteva ancora un vestigio di oftalmoblenorrea, e che nell' occhio sinistro l' ulcere era aperta al centro; ma feci considerare, che il leggiero corso infiammatorio prodotto dall' ectomia avrebbe potuto accelerare la guarigione dell' ulcere, come io avea osservato altra volta, e dissi che per ovviare agl' inconvenienti del materiale blenorroico raccolto entro le palpebre avrei aperto gli occhi al primo apparire di sensazioni moleste.

Taglio della cornea sinistra.

§. 4. Il taglio della cornea sinistra mi riuscì marginale e verso l' angolo esterno per la lunghezza di circa tre linee.

Taglio della cornea destra.

§. 5. Il taglio della cornea destra mi riuscì ugualmente, ma verso l' angolo interno discendendo alla parte inferiore per la lunghezza di 3 linee, e mezza.

Recisione dell' iride destra.

§. 6. Al momento di estrarre l' iride gli occhi erano molto irrequieti, e si mettevano in contrazione ad ogn' istante; sicchè a stento tagliai via l' iride dall' occhio destro.

§. 7. Venuto a recider l'iride del sinistro nel tirarla fuori questa si lacerò come indica la *Tav. IX. Fig. 4.* e tagliato via quel tanto, che potei condurre sotto le forbici restò un dentello che occupava porzione del campo destinato alla nuova pupilla, il quale cercai di prenderlo mediante la pinzetta acuta ( *Vedi Tav. IX. Fig. 5.* ); ma poichè ad ogn' istante l' occhio mettevasi in contrazione, appunto quando la pinzetta entrava per afferrarlo presentavasi la lente fra i lembi della ferita, e minacciava di alterarsi, ed il dentello si ritirava talchè fui costretto a lasciarlo stare. Recisione dell' iride sinistra.

§. 8. Finita la cura il dentello si distese alquanto, ed occupava porzione del campo destinato alla nuova pupilla; come dimostra la *Fig. 6. Tav. IX.* Stato dell' iride dopo la cura.

§. 9. La cura andò felicemente fuorchè nel dì 10 Agosto accusando, egli un senso di calore, e di molestia accresciuto notabilmente agli occhi, mi determinai a fargli lavare le palpebre con acqua tiepida, e ad aprirle per alcuni minuti, e subito dopo si sentì meglio. Bisognò aprire gli occhi innanzi tempo.

§. 10. Così feci in seguito, e nel dì 18 Agosto fattigli osservare varj oggetti, egli mi assicurò di aver ricuperata la vista. A di 18 agosto vedeva.

§. 11. Finalmente nel dì 22, potendo egli sopportare la luce, feci osservare le nuove pupille agli astanti, e si vidde ch' erano come indica la *figura 2*, e *6*, e che l'ulcere sinistra era guarita perfettamente in così breve tempo come indica la *figura 6.* Osservazione delle pupille.

§. 12. Questa osservazione mi ha dato luogo a confermare la mia opinione sul vantaggio che si può sperare dall' infiammazione traumatica ne' casi di ulcere cronica della cornea, il che feci notare ai giovani, come anche feci loro osservare l' estensione, che avea preso il dentello dell' iride dopo l' operazione. Prove dedotte dall'osservazione.

---

# STORIA XXII.

## INTORNO ALLA CURA DI FEDELE BENEDOLCI.

*Ceratoscotesi per leucoma con sinechia all' occhio destro.*
*La cornea sinistra era tutta intera offuscata per leucoma.*

Condizione dell' infermo.

§. 1. Presentai nella clinica Fedele Benedolci d' anni 24 ex-militare natio di Noja nella Puglia. Questo soldato era timido, ma essendo privo della vista, ed avendo inteso da' suoi compagni, che l'operazione non era dolorosa venne a chiedere il mio soccorso.

Taglio della cornea destra.

§. 2. Adì 15 Ottobre trovandosi raccolti in clinica molti dei miei uditori, e taluni viaggiatori di distinzione feci il taglio della cornea destra piantando il coltello in alto e verso il canto interno dell' occhio, e passai per la camera anteriore discendendo in basso, indi compii lentamente il taglio della cornea, ma avendo diretta la lama un poco infuori il taglio non mi riuscì marginale come avrei desiderato anzi tutto dentro la cornea quantunque fosse lungo più di 3 linee.

Recisione dell' iride.

§. 3. Subito dopo tirai fuori l' iride, che già formava ernia in basso ad onta della sinechia, ma reciso il primo pezzo restava gran porzione d' iride ad occupare il campo destinato per la nuova pupilla, onde fu d'uopo rientrare colla pinzetta acuta, e provai molte difficoltà ad afferrarne un' altro pezzo perchè la parte marginale della cornea m' impediva; in fine presala si staccò, e vi fu dialisi.

Ifemia osservata dopo.

§. 4. In questo caso però avendo prodotto la dialisi fu d'uopo togliere l' ifemia, e subito dopo la nuova pupilla si presentò chiara, e nitida come io desiderava.

Cura felice.

§. 5. La cura riuscì felicemente, e nel dì 1.° Novembre aperti gli occhi diede segno di veder molti oggetti. In seguito il Benedolci acquistò qualche grado di vista; ma non quel tanto, che avrei desiderato talchè appena giunse a camminare senza guida.

Stato della cornea evidente dopo la cura.

§. 6. Nel dì 8 Novembre feci osservare agli astanti che il campo della nuova pupilla era più fosco che non sembrava prima dell' operazione, ed era anche in parte impedito dalla cicatrice poichè il taglio non era riuscito marginale, laonde feci conoscere agli studenti la difficoltà, che induce il taglio non marginale, ed il danno, che viene portato in questi casi al campo diafano della cornea per causa della cicatrice.

# CAPO XX.

*In cui si parla dell' applicazione dell' ectomia ai casi di sinizesi con lente sana.*

Il lettore ha dati sufficienti per regolarsi in quest. casi.

§. 1. Se il mio lettore ha posto mente ai quattro problemi che riguardano l' applicazione dell' ectomia ne' varii casi di ceratoscotesi, ed alle storie corrispondenti, egli facilmente saprà regolare le sue operazioni in caso di sinizesi: ma per maggior precisione determinerò le regole serbando l' ordine addottato finora.

Sembrerebbe doversi toglere la cateratta spuria e nulla più.

§. 2. In questi casi essendo la pupilla ristretta perchè vincolata alla cateratta spuria, e da questa impedita, per quel tanto che rimane ancora aperta; sembrerà forse a taluno, che il modo più semplice e naturale, onde render libera la pupilla sia quello di aprire la cornea, ed afferrare la cateratta spuria mediante qualche ordigno onde portarla via.

Difficoltà di questo progetto.

§. 3. Questo piano d' operazione, che sembra facile a primo aspetto incontra molte difficoltà nella pratica; perchè nell'atto di afferrare la cateratta spuria questa s' infossa, e l' ordigno con cui si vuol prenderla facilmente arriva a battere o sulla casula o sulla lente, e quindi vi è pericolo, che queste parti dilicatissime, ne restino alterate, altre volte la cateratta spuria si lacera, e la pupilla resta angusta perchè vincolata alle parti, che ne rimangono, e finalmente riesce inevitabile comprendere anche l' iride colle pinzette, ed allora vi si fa dannosa contusione, se non venga tagliata via la parte contusa.

Piano migliore da seguitars.

§. 4. Ecco le ragioni per cui sarà più facile, e più conducente che l' oculista si proponga di aprire la cornea, ed afferrare una porzione d' iride vicina al margine pupillare per tirarla fuori, e tagliarla via insiem con la cateratta spuria, che vi stà aderente, la quale egli la porterà via o tutta intera, o almeno in gran parte.

## PROBLEMA IV.

Dato. *Dato un caso di sinizesi in cui esista cateratta spuria essendo sani i nervi, la cornea e la lente, eseguire l' ectomia.*

### REGOLA I.ª

Regola I. Si pratichi un taglio della cornea lungo circa tre linee, il quale si estenda verso l' angolo interno dell' occhio e nel margine di essa membrana.

### REGOLA II.ª

Regola II. Riposato l' occhio si afferri obbliquamente l' iride mediante la pinzetta dentata, e se ne tiri fuori tanta parte, che uguagli almeno tre linee quadrate di superficie, e questa si tagli via mediante le cesoje a molla procurando togliere al tempo stesso la cateratta spuria almeno in parte.

---

# CAPO XXI.

*In cui si dilucida la Regola I.ª*

§. 1. Pria di venire all' esecuzione della regola I. ben s' intende, che è d' uopo porre in opera con ogni diligenza i quattro precetti generali spiegati nel *Capo IV*, *e seguenti*. Si mettono in pratica i quattro precetti general.

§. 2. Affinchè il taglio della cornea, che è base della nuova pupilla riesca facilmente al luogo desiderato ho costume di portare il coltello sopra il dorso del naso, e piantare sulla cornea la punta in alto e verso l' angolo interno, onde aprir la cornea spingendo il ferro al basso, perchè in tal modo il coltello mi spinge l' occhio nel luogo il più opportuno a farmi vedere tutta la cornea nel momento del taglio. Direzione che si dà al coltello nel fare il taglio.

§. 3. Qualche anno addietro io avea costume di piantare la punta del coltello nel margine inferiore della cornea, e spingerla in alto onde arrivare verso l' angolo interno, ma questa direzione del ferro facea sì, che l'occhio venendo spinto in alto, la cornea si nascondesse quasi sempre sotto la volta orbitale con mio grande imbarazzo. Direzione del ferro, dal basso all' alto sperimentata inopportuna.

§. 4. Eseguita la punzione si deve alzare lentamente la punta, spingerla innanzi, e volgerla verso l' angolo esterno dell' occhio spingendola sempre infuori, onde compiere dolcemente il taglio della cornea. Come si compisca il taglio.

§. 5. Quando il taglio della cornea sarà riuscito vicino all' angolo interno sarà facile aprire la nuova pupilla in questo luogo il quale siccome ho detto riesce assai vantaggioso perchè se fosse stata aperta in alto, o in basso verrebbe facilmente impedita, o dalla palpebra superiore, o dalla inferiore; e quì invece le parti sono più costantemente libere, e la pupilla in questo caso si estende facilmente fino al centro della cornea. Utilità di aprir la pupilla all'angolo interno.

*

Opinione del professore Beer sul luogo più opportuno per la nuova pupilla.

§. 6. Il Signor Professore Beer era di opinione, che il canto interno fosse il luogo più favorevole onde aprire la nuova pupilla perchè così i raggi luminosi vanno a cadere direttamente verso quel luogo dove entra il nervo ottico, e quindi la retina è più sensibile, ma a condizioni eguali poca differenza ho trovato fra le pupille aperte verso l'angolo interno, e quelle aperte verso l'angolo esterno d'altronde se consideriamo l'incrocicchiamento delle imagini s'intenderà, che i raggi penetrati verso l'angolo esterno son quelli che debbono andare a dipingersi verso l'angolo interno, ove il nervo entra nell'occhio; ciò non dimeno a condizioni uguali preferisco il sito raccomandato dal Signor Beer perchè così la pupilla non viene impedita dalle palpebre; mentre se fosse in basso verrebbe impedita dalla inferiore, e se fosse in alto dalla superiore, e non l'apro nell'angolo esterno perchè ho presa abitudine di seguitare in ciò l'opinione del mio valente maestro, la quale da molti potrebbe venir giudicata necessaria a seguitarsi.

---

## CAPO XXII.

### *In cui vien dilucidata la Regola II.ª*

Facile estrazione dell' iride al primo momento.

§. 1. L' estrazione dell' iride riesce per lo più assai facile in questo primo momento, poichè tutta la pupilla è chiusa dalla cateratta spuria, e l' umore acqueo della camera posteriore non potendo uscir fuori spinge l' iride contro i margini della ferita.

Perchè si prenda obbliquamente.

§. 2. Subitochè l' iride è stata afferrata dalla pinzetta io cerco portarne via grande porzione d' un colpo solo, perchè giova profittare della tendenza, ch' essa ha ad uscir fuori, e vi si porterà sopra la pinzetta obbliquamente.

Dubbio di aplocia, o che la nuova pupilla riesca picciola.

§. 3. Chi ha in mente la facilità con cui la detta membrana si espande, e dà origine all' aplocia forse crederà, che tagliandola fra i lembi della cornea ferita resti chiusa la pupilla per aplocia, ma ho più fiate osservato che basta tagliarne via un buon pezzo, e per la sua ellasticità l' iride si ritira, e la pupilla resta aperta quanto si richiede benchè però l' apertura sia minore dell' estensione che aveva la parte dell' iride tagliata via, avendo a ciò influenza la distensibilità di detta membrana.

Sollecitudine necessaria nella pratica della seconda regola.

§. 4. Ad ottenere, che il rimanente dell' iride si ritiri dopo tagliatane via una porzione, e riprenda il suo posto; giova, che non rimanga distesa per lungo tempo, e che tosto presa si tagli via, onde non acquisti abitudine di rimanere distesa, e perciò sarà utile dare esecuzione alla seconda regola con molta rapidità.

Si dovrà osservare, che non vi sia nè aplocia, nè ifemia.

§. 5. Aperta così la pupilla si dovrà accertarsi che sia riuscita grande quanto occorre, e che non abbia luogo nè aplocia, nè ifemia grave, e nel caso in cui la nuova pupilla fosse riuscita picciola bisognerà introdurre la pinzetta acuta, e tirata fuori l' iride tagliar via mediante le forbici nuove porzioni di essa, finchè resti aperta una pupilla almeno uguale ad una linea quadrata. Riguardo poi all' ifemia se questa fosse grave si dovrà regolarsi, come venne spiegato al *Capo XII. §. 12.* Subitochè la pupilla sia bene aperta, e libera dall' ifemia l' oculista praticherà le cure spiegate nel *Capo XV.*

Perchè rare volte si osservi la sinizesi semplice.

§. 6. I casi di sinizesi semplice sono rari ad incontrarsi perchè l' iritide, e molto più rara, che l' oftalmoblenorrea da cui trae origine spesso la ceratoscotesi, e l' iritide poi, o si dissipa, o produce complicazione di qualche altro vizio alla lente, o alla retina, e perciò rari sono i casi in cui si osservi la sinizesi semplice.

Casi di tal sorta curati in clinica.

§. 7. Difatti nel biennio di cui ho reso conto non ho trovato veruna storia di tal genere, ed avendo esaminato tutt'i libri di clinica trovo registrata la cura di Francesco Jorfida, il quale aveva nell' occhio sinistro sinizesi e cateratta spuria; per cui venne assoggettato all' ectomia nel dì 22 Agosto 1815 con successo felice, ma non è registrato con precisione lo stato del suo occhio destro.

Altra cura di sinizesi semplice praticata nella scuola.

§. 8. Nel dì 18 Novembre 1817, praticai l' ectomia per causa di sinizesi, e cateratta spuria, che impediva ambedue le pupille in persona di Domenico Spaziani; ma vi erano indizj di ambliopia amaurotica principalmente nell'occhio destro e sebbene le pupille riuscissero molto aperte e centrali pure l' uomo non acquistò, che qualche debole grado di vista.

Perchè si darà conto del terzo caso di sinizesi.

§. 9. Il terzo caso di questo genere, ch' io trovo registrato è quello che si leggerà nella storia prima, e ne darò conto con maggior diligenza perchè ho veduto il corso dell' iritide pochi giorni dopo che s' era sviluppata, e trovo, nel libro di clinica, essere stata registrata ogni cosa notabile con precisione.

# STORIA I.

## IN CUI NARRASI LA CURA DI DOMENICO BEVEVINO.

*L' occhio destro era sano.*

*L' occhio sinistro era alterato per sinizesi semplice con cateratta spuria da iritide preceduta, e vi erano segni d' igieneurosi.*

§. 1. Domenico Bevevino di Maida in Calabria d'anni 24 militare si era presentato al Deposito Generale degli oftalmici con due ascessi dell' iride sinistra, i quali sembravano due ragadi alzate sul margine pupillare, e presentava tutti gl' indizj di un iritide sostenuta da lue sifilitica. Condizione dell' infermo.

§. 2. L' applicazione delle mignatte ai contorni delle palpebre, l' uso del calomelano per bocca, e di una pomata con sublimato, ed oppio sul contorno dell' orbita furono i mezzi felicemente impiegati onde calmare l' iritide ne' primi due giorni. Prime cure onde calmare l' iritide.

§. 3. In seguito abbiamo sostituito all' uso interno del calomelano quello del liquore di Vanswieten coll' acqua gommosa, e nel breve termine di tre settimane videsi cessata l' irritazione dell' iride, e dell' occhio. Cure consecutive.

§. 4. Nulladimeno quegli ascessi che minacciavano da principio di dar pronta origine ad un ipopio, e distruggere l' occhio quantunque si dissipassero, diedero principio al versamento di ad una linfa concrescibile, la quale venne ad ingombrare il lume della pupilla, e probabilmente si versò sulla membrana acquea, e vincolandosi alla pupilla, che già aveva due dentelli nel luogo degli ascessi, la rese immobile, e ristretta formando una cateratta spuria, che tolse quasi interamente a quest' occhio la facoltà di vedere. Formazione della sinizesi, e cateratta spuria.

§. 5. Osservato con diligenza l' occhio sinistro prima di venire all' operazione abbiamo conosciuto, che mediante quest' occhio l' uomo poteva distinguere tutti i colori de' corpi, se questi gli Stato dell' occhio prima dell' operazione.

venivano presentati alla distanza di un piede, e ad un lume assai favorevole, la qual cosa ci assicurò dell' igieneurosi, e perciò il pronostico è stato favorevole.

Taglio della cornea.

§. 6. Riconosciuto il buono stato de' nervi nel dì 19 Giugno 1819 praticai l' ectomia, e quantunque si dovesse tagliare la cornea sinistra feci il taglio colla mano sinistra portando il coltello sopra il dorso del naso, e volgendone la punta verso l'angolo interno dell' occhio sul margine della cornea, indi fattagli attraversare la camera anteriore spinsi dolcemente la medesima punta verso l' angolo esterno, e nel compiere il taglio la diressi in alto, e compiuto il taglio mi accertai, ch' era marginale, e lungo circa tre linee nel luogo appunto, ch' io m' era proposto; cioè fra l'angolo interno, e la parte inferiore.

Estrazione dell' iride, e recisione.

§. 7. Subito riposato l' occhio vidi l' ernia dell' iride in basso, e presala obbliquamente colla pinzetta dentata ne tirai fuori grande porzione assieme alla cateratta spuria, e tagliatala via ottenni subito una pupilla quasi centrale di una estensione uguale a due linee quadrate.

Stato dell' occhio subito dopo.

§. 8. Esaminato l' occhio vidi, che l' ifemia non avea avuto luogo, e che la nuova pupilla in alto era occupata da un residuo della cateratta spuria, ma calcolando il pericolo di portare le pinzette di nuovo fin sulla cateratta spuria, e sapendo, che la maggior parte di essa era stata portata via assiem coll' iride, mi determinai a lasciarla stare.

Cure consecutive.

§. 9. Indi l' uomo venne sottoposto alle solite cure e nel termine di 16 giorni, egli avea ricuperata la vista senza soffrire veruno incommodo notabile.

Buona vista ricuperata.

§. 10. Nel dì 4 Luglio il Bevevino uscì di clinica in buono stato, ed in seguito avendolo incontrato più fiate egli mi assicurò, che appena si accorgeva di avere la vista un poco più debole nell' occhio sinistro, che nel destro, e mi disse, che dopo l'infiammazione sofferta, e dopo un' operazione gli pareva un sogno, che il suo occhio avesse ricuperato la forza di un sano.

## CAPO XXIII.

*In cui si descrive l'applicazione dell' ectomia ai casi di lente distrutta per effetto di un' operazione.*

§. 1. Ne'venticinque casi riferiti più sopra la lente era diafana, e sana, ora descriverò quelli in cui venne tentata la coropeja perchè l' atresia andava congiunta ad una cateratta secondaria più o meno densa. Finora vennero descritti i casi di lente sana.

§. 2. Io distinguo la cateratta secondaria in tre specie, e chiamo *cateratta secondaria semplice* quella, che non è molto densa, e sia stata preceduta da iritide passaggiera; nomino *cateratta secondaria densa* quella, che viene formata da molte materie trasudate dalla superficie interna dell' iride per causa di un' iritide grave, ed ostinata, congiunte a porzioni di casula, ed appello *cateratta secondaria complicata* quella, che trovasi dopo la depressione tentata inutilmente, e che risulta da porzioni di casula unite a materie linfatiche trasudate dall' uvea, ed al nucleo della lente rialzatosi. Tre specie di cateratta secondaria.

§. 3. Le due prime specie possono incontrarsi dopo l'estrazione anteriore, ma la terza cioè la cateratta secondaria complicata non può aver luogo se non dopo l'abbassamento della cateratta, quando sia mal riuscito. La terza specie ha luogo dopo l'abbassamento.

§. 4. Ho osservato, che la cateratta secondaria densa poichè è l'effetto di grave ed ostinata iritide, la quale dà origine al trasudamento di molta linfa concrescibile da tutta la superficie dell' uvea, ed anche della coroidea, così trovasi unita strettamente all' uvea e perfino alla coroidea medesima, la quale unione fa sì che l'iride non possa venir tirata fuori dall'occhio; nè venga staccata dalla coroidea sennon con molta difficoltà. Difficoltà di estrarre l'iride in caso di cateratta densa.

§. 5. Queste cateratte possono andar congiunte alla sinizesi, quando la cornea sia diafana, oppure la cicatrice della cornea sia fuori del lume della pupilla, e possono andar congiunte alla ceratoscotesi ogni qual volta la cicatrice suddetta occupi la pupilla. Possono andar congiunte a qualunque specie di atresia.

30

Varietà dell'atresia, che risultano dagli esposti principii.

§. 6. Or seguitando i principii esposti nella patologia delle atresie metto sott'occhio al mio lettore le sei varietà dell'atresia, che può vedersi combinata colla cateratta secondaria, e nelle storie corrispondenti farò conoscere le difficoltà, che s' incontrano e le regole da tenersi, onde l'operazione abbia felice riuscita per quanto sarà possibile.

*Tre specie di ceratoscotesi.*

Tre specie di ceratoscotesi.

§. 7. I. Ceratoscotesi con sinechia, e cateratta secondaria semplice per tenue iritide preceduta, la quale sia stata conseguenza di una depressione di cateratta, o di una estrazione.

II. Ceratoscotesi con sinechia e cateratta secondaria densa per iritide preceduta, ed occasionata da estrazione della cateratta, e da ernia dell' iride.

III. Ceratoscotesi con sinechia, e cateratta secondaria complicata per causa di preceduta ceratonisi.

*Tre specie di Sinizesi.*

Tre specie di sinizesi.

§. 8. I. Sinizesi permanente con cateratta secondaria semplice per causa di estrazione o di ceratonisi seguitata da leggiera iritide.

II. Sinizesi permanente con cateratta secondaria densa, e sinechia per causa di ernia consecutiva all' estrazione anteriore, ossia per sinizesi lenta.

III. Sinizesi permanente con cateratta secondaria complicata per causa di depressione, e d'iritide leggiera consecutiva all'operazione.

Tutte queste specie si son vedute in clinica.

§. 9. Ho avuto occasione di mostrare a' miei uditori nella clinica tutte le sei accennate specie di atresia, ed appunto in quest'anno di cui dò conto, cinque specie se ne sono già osservate, come si può vedere dalle storie qui appresso registrate.

# STORIA I.

## IN CUI DESCRIVESI LA CURA DI MARIA TERESA ACAMPORA.

*L' occhio sinistro è distrutto per causa d' ipopio, comparso dopo la ceratonisi.*
*L' occhio destro ha ceratoscotesi con cateratta secondaria semplice non avendo sofferto dopo la ceratonisi sennonse leggiera iritide.*

§. 1. Maria Teresa Acampora natia del piano di Sorrento d'anni 58 di temperamento nervoso astenico era stata soggettata alla ceratonisi nel giorno 2 Agosto e l' atrofia tenne dietro all' operazione praticata nell' occhio sinistro. Persona assoggettata all' operazione.

§. 2. La cornea destra è rimasta lievemente offuscata, dalla ferita dell' ago. La pupilla si è molto ristretta e fatta aderente alla cateratta secondaria, la quale è di un colore bianco perla; questa vedevasi di lato alla cicatrice della cornea; prima dell'operazione io la giudicai semplice perchè non tutto il margine pupillare dell' iride vi stava attaccato, perchè la cateratta in varj punti si mostrava di un colore tendente al blò, e perchè mi ricordo, che nell' atto della prima operazione ho trovato molle la cateratta, da ciò s' intende, che la mancanza della tinta giallognola, ed il colore biancastro tendente al blò, come anche la presenza de'punti diafani sono gl'indizj, che prima d'instituire l'operazione mi determinarono a giudicar semplice questa cateratta secondaria. Stato dell' occhio destro.

§. 3. Nel dì 23 feci notare agli astanti di clinica, che in questi casi il luogo della nuova pupilla può stare a scelta nostra poichè tutto il contorno della cornea è sano; ma devesi preferire di aprirla in basso accostandosi alla parte centrale quanto si può perchè l' ectomia riesce più facile, che in alto, e la pupilla più opportuna; onde l' uomo possa vedere nel camminare. Scelta del luogo in questi casi.

Taglio della cornea.

§. 4. Subito dopo feci il taglio della cornea destra passando col manico del coltello sopra la radice del naso onde piantarne la punta verso il canto interno ( *vedi Tav. XI. Fig. 1* ), e nell'atto di farla passare per la camera anteriore, invece di evitare la ferita dell' iride cercai anzi di pungerla, e passai dietro la cateratta secondaria discendendo verso la parte inferiore, e mi riuscì poi di compiere ben tosto la punzione, perchè spingendo sempre il coltello verso l'angolo esterno restò compiuto il taglio in guisa ch'era vicino alla sua periferia, ed era lungo circa tre linee e mezza. Vedevasi inoltre l'iride tagliata in modo, che la falda pendente conteneva il margine pupillare, e la cateratta secondaria ( *vedi Fig. 2.* ).

Presa dell'iride.

§. 5. Allora mediante una pinzetta dentata afferrai la falda dell' iride, e la cateratta, che subito si distaccò dall' uvea, quando appena io avea reciso colle forbici un pezzettino d'iride, e tutta la parte presa dell' iride insieme alla cateratta uscì fuori in tal maniera che la pupilla restò aperta, e libera da ogni opacità ( *vedi Fig. 3 e 4.* ).

Stato della cateratta in questo caso.

§. 6. In questo caso feci osservare agli studenti ch' io non mi era ingannato nel pronosticare, che la cateratta esser dovea semplice perchè era picciola, ed il nucleo non compariva affatto, ed io sono certo, che stante la mollezza della cateratta quella era stata assorbita tutta intera dopo la ceratonisi; all'infuori della casula, la quale concorreva a formare la cateratta secondaria.

Esito felice.

§. 7. La cura consecutiva riuscì felice, e ne' primi giorni di settembre la donna avea già ricuperata la vista dell' occhio destro e la pupilla vedevasi libera ed allungata come dimostra la *Fig. 5.*

# STORIA II.

IN CUI SI NARRA LA CURA TENTATA IN PERSONA DI GIOVANNI GIORDANO.

*L' occhio sinistro è nello stato di atrofia cagionata da estrazione di cateratta infelice.*

*L' occhio destro dopo aver ricuperata la vista ha sofferto iritide grave, che avendo portato la pupilla a collegarsi colla cicatrice della cornea ha dato origine ad una ceratoscotesi con cateratta secondaria densa.*

§. 1. L' uomo assoggettato all' ectomia è Giovanni Giordano natio di Napoli d' anni 68 il quale avea soggiaciuto all' estrazione delle cateratte nel dì primo Giugno del p. p. anno ( *vedi Tav. XII dell' annotaz. VIII. Lib. I.* ). Egli avea ricuperato l' occhio destro perfettamente, e fino al dì primo Marzo dell' anno corrente avea goduto la facoltà di vedere, ma per sua incuria avendo egli preso un forte catarro venne attaccato da grave iritide, la quale trascurata finì con lasciare una cateratta secondaria densa legata alla cicatrice della cornea, e la pupilla essendo discesa in basso vedesi nascosta dietro la cicatrice. Infermo assoggettato alla cura.

§. 2. Io giudico densa questa cateratta secondaria, perchè è di un colore giallo fosco, sta attaccata a tutto il margine pupillare dell' iride ed alla cornea, e perchè l' iritide grave ha durato oltre 40 giorni. Giudizio della cateratta.

§. 3. Adi 31 Maggio praticai il taglio della cornea e feci passare il coltello attraverso all' iride ed alla cateratta secondaria, onde poter recidere una falda dell' iride già compresa nel taglio, e portarla via con buona porzione della cateratta secondaria. Taglio della cornea, e dell' iride.

§. 4. Nell' atto di afferrare l' iride mi avviddi di una suscettibilità estraordinaria in questa parte, e la trovai tanto tesa, e formante un solo corpo colla cateratta, che non si poteva tirarla Sensibilità, e tensione dell' iride.

fuori dall' occhio, e non si lacerava. Nel tirar l'iride o la cateratta l'uomo si doleva altamente e sembrava, che l' occhio si vuotasse per le contrazioni, il vitreo usciva, e la falda dell'iride tirata mediante la pinzetta non usciva fuori, e non si distaccava, ma era aderente al vitreo.

Pericoli evidenti.

§. 5. Conoscendo il pericolo di eccitare una violenta iritide, e di tirar fuori coll'iride anche la coroidea ed il vitreo se avessi voluto continuare a tirarlo fuori introdussi fin nella camera anteriore le cesoje a molla e con molto stento portai via un pezzo della falda dell' iride, mediante due tagli dati ad angolo.

Iritide consecutiva.

§. 6. Nel tempo della consecutiva cura vi furono indizj d'iritide, la quale si calmò mediante l'applicazione di una mignatta e l' uso di qualche purgante.

Stato dell' occhio dopo l' operazione.

§. 7. Passati 20 giorni esaminato l'occhio si trovò nuova linfa, che occupava la pupilla, e chiudeva quasi interamente quel luogo dal quale, io avea tagliato via porzione di cateratta, e dell'iride; talchè appena poteasi riconoscere un residuo della nuova pupilla aperta, e l'uomo vedeva soltanto le tinte più vivaci dei corpi ad un lume favorevole; in seguito poi a misura, che venne a cessare l'iritide traumatica si chiuse interamente la pupilla, e restò obliterata la vista.

Perchè non si volesse tentare nuove operazioni.

§. 8. Quantunque l' infermo non avesse acquistato verun grado della facoltà di vedere, io non volli metter mano a nuove operazioni perchè mi era avveduto, che in quest' occhio trovavasi una complicazione di vizio nervoso, il quale avrebbe resa inutile anche un'apertura di pupilla ben grande, e poi la sensibilità osservata nel momento dell' operazione mi toglieva ogni speranza di buon successo perchè avrebbe sempre dato origine ad una grave iritide.

# STORIA III.

## IN CUI NARRASI LA CURA TENTATA NELLA PERSONA DI GENNARO PICA.

*L' occhio destro era sano.*
*Il sinistro avea ceratoscotesi e cateratta secondaria densa con sinechia.*

§. 1. Gennaro Pica d'anni 30 soldato della Real Marina, natio di Napoli robusto era affetto da ceratoscotesi, e cateratta secondaria densa con sinechia, in questo caso la cateratta erasi formata per causa di una scheggia di bronzo sbalzatagli nell' occhio sinistro, ed io medesimo avea tentato la ceratonisi nel dì 16 Aprile p. p. Condizione dell' infermo.

§. 2. Veduto che l'operazione prima era riuscita inutile e che dopo questa l'iride s'era vincolata alla cicatrice della cornea, e la residua pupilla veniva offuscata dalla cicatrice suddetta, ed altresì da parti residue della cateratta mi determinai a tentare l'operazione. Perchè si tentasse una seconda operazione.

§. 3. Nel dì 31 Maggio feci dunque il taglio della cornea portando anche il ferro attraverso all'iride in guisa, che ne rimanesse isolata un falda in basso come nel caso precedente. Taglio della cornea e dell'iride.

§. 4. Afferrata l' iride mediante la pinzetta mi avviddi che questa membrana era assai rigida e sensibile oltremodo sicchè non era possibile tirarla fuori, e frattanto l' occhio mettevasi in contrazione, ed uscivano porzioni del vitreo a sgorghi. Sensibilità, e rigidezza dell' iride.

§. 5. Allora introdussi le forbici pel taglio della cornea, e portai via un pezzettino d'iride, e di cateratta secondaria facendovi un taglio ad angolo. Taglio praticato dentro la camera anteriore.

§. 6. Avrei desiderato aprire di più la pupilla, ma la picciolezza del taglio fatto nella cornea, e la sensibilità dell'iride mi determinarono a desistere da ulteriori tentativi, che mi sembravano troppo pericolosi sì pel vuotamento come per l'iritide. Difficoltà incontrate.

Cure consecutive.

§. 7. L'uomo fu regolato al solito, ma ebbe a soffrire l'iritide traumatica, la quale a stento venne calmata mediante l'applicazione delle sanguisughe, e qualche purgante amministratogli ogni due o tre giorni.

Stato consecutivo.

§. 8. Passati 18 giorni l'iritide s'era calmata, la nuova pupilla non era perfettamente chiusa e l'uomo godeva con quest' occhio ancora un residuo di vista, ma a poco a poco si vide oscurata la pupilla, sicchè alla fine di Giugno ho abbandonata ogni speranza di ridonargli la vista, ed a poco a poco ad onta che l'iritide sembrasse terminata l'occhio divenne atrofico.

Origine di tale disgrazia.

§. 9. In questo caso io attribuisco la disgrazia avvenuta alla rigidezza dell' iride, e della cateratta, ed alla viva sensibilità di queste parti.

## STORIA IV.

### IN CUI FAVELLASI DELLA CURA DI DOMENICO MORRONE.

*L' occhio sinistro è affetto da amaurosi confirmata.*
*L'occhio destro presenta sinizesi con cateratta secondaria semplice.*

§. 1. Domenico Morrone, robusto, d'anni 60, avea sostenuto l'estrazione anteriore della cateratta all'occhio destro, praticata nel dì 1.° Marzo p. p. e verso li 20 di detto mese essendosi, egli esposto alla viva luce per una stolta curiosità, venne preso da grave iritide, la quale diede origine alla accennata sinizesi. Condizioni dell'infermo.

§. 2. La cornea di quest'occhio serbava appena qualche traccia della ferita sofferta, e la pupilla destra corrispondente vedevasi ristretta, ed offuscata da cateratta di color cinereo con macchie fosche color di piombo e l'infermo ad onta di ciò conservava qualche grado di vista nell'occhio destro. Stato della cornea e della pupilla destra.

§. 3. La residua facoltà di vedere mi assicurava dell'igeneurosi, e della poca densità della cateratta secondaria, la qual cosa veniva dimostrata altresì dalla tinta di essa, e dalla breve durata dell'iritide preceduta, che si calmò dopo la prima applicazione di una mignatta. Igeneurosi, e qualità della cateratta.

§. 4. Nel dì 31 Maggio dopo aver dichiarato le condizioni favorevoli praticai il taglio della cornea e dell'iride ad un tempo, e questo mi riuscì ben grande; sicchè uguagliava metà della periferia della cornea. Taglio della cornea e dell'iride.

§. 5. Afferrai la falda dell'iride mediante la pinzetta dentata, e questa uscì fuori; talchè, recisa porzione d'iride la cateratta si distaccò ed uscì fuori lasciando libera la pupilla; in questo caso l'iride era poco sensibile, e la cateratta non era molto densa nè vi stava fortemente attaccata. Estrazione della cateratta e recisione dell'iride.

§. 6. L'uomo in seguito all'operazione non soffrì l'iritide e ricuperò la vista sicchè adi 27 Giugno uscì dalla clinica avendo ricuperato l'occhio destro, e si vedeva la pupilla tutta libera e di forma oblonga, discendente verso la parte inferiore della cornea. Successo felice.

# STORIA V.

## IN CUI NARRASI LA CURA DI ALESSIO D'APUZZO.

*L'occhio sinistro avea ricuperata la vista mediante l' estrazione della cateratta.*
*Nel destro osservavasi una sinizesi permanente con sinechia e cateratta secondaria densa prodotta da sinizesi lenta.*

Condizione, ed età dell'infermo.

§. 1. Alessio d'Apuzzo era nell' età d' anni 68, natio di Monteforte, di temperamento robusto.

Operazione preceduta, ed ernia dell' occhio destro.

§. 2. Quest' uomo avea sostenuto l' estrazione anteriore della cateratta da me praticata ad ambedue gli occhi in questa medesima clinica nel dì primo Maggio 1815, ed avea ricuperata la vista: ma nell' occhio destro essendovi ernia dell' iride tentai subito dopo l' applicazione de' caustici senza riuscita; sicchè egli uscì dallo stabilimento, e per una sinizesi lenta si chiuse la pupilla, e l' occhio destro divenne cieco ( *Vedi Tav. XII. Fig. 1.* ).

Condizioni favorevoli per usare questo metodo.

§. 3. Deliberai di far osservare agli studenti la pratica della dialisi, in questo caso, perchè avevamo un campo sano di cornea tanto esteso, che si poteva aprire una pupilla ben grande, non vi era il dubbio di scomporre la lente; perchè era stata portata via, nè di trovare dietro all' iride una cateratta solida, che la rialzasse. Quindi vi erano tre condizioni, che favorivano l' applicazione di questo metodo, e per l' opposto la densità della cateratta secondaria, e la sinechia mi avrebbero potuto recare ostacolo nella pratica dell' ectomia come si è notato nella *Storia II* e *III*, sebbene in questo caso non avendo avuto luogo un iritide grave si poteva sperare, che non si sarebbe incontrata la sensibilità dell'iride, nè la stretta unione della membrana suddettta colle vicine parti.

Introduzione dell' ago, e distacco de l' iride.

§. 4. Esposte agli astanti le condizioni di quest'occhio nel dì 13 Maggio corrente anno, a norma degl' insegnamenti del Professore Beer, feci penetrare in vicinanza al centro della cornea l' ago

curvo del professore G. A. Schmidt ( *Fig. 5.* ) e rivoltane la convessità c. d. contro il margine superiore dell' iride la spinsi all' indietro ed in basso, talchè l' iride si distaccò subito dal margine dentato della coroidea e discese in basso dietro alla cicatrice della cornea ( *vedi Tav. XII. Fig. 3.* ).

§. 5. Non era terminata la dialisi, che già l' ifemia si facea vedere, e finita l' operazione tutta la camera anteriore era ingombrata di sangue; talchè dubitai che potesse in seguito formarsi una cateratta spuria da ifemia, come nel caso del Benevento. Ifemia grave.

§. 6. Scorsi 18 giorni senza che l' uomo soffrisse verun dolore trovai la pupilla aperta e l' uomo avea ricuperata la vista. Stato della nuova pupilla dopo 18 giorni.

§. 7. In seguito abbiamo notato che la nuova pupilla si restrinse alquanto, ma però anche dopo sei settimane essa era aperta per una estensione uguale a tre linee quadrate, e l' uomo vedeva bene; ma vedeva con maggior distinzione mediante l' occhio sinistro, la qual cosa sembrommi dipendente dacchè la nuova pupilla dell' occhio destro non era centrale, ma era alquanto alta. È da sapersi però che avendo io praticato altre due volte questo metodo in casi ne' quali vi era cateratta, la nuova pupilla si chiuse del tutto in pochi giorni. Successo notato in seguito.

§. 8. Questo metodo della dialisi adunque è sottoposto a restrizione della pupilla, ai fenomeni dell' ifemia grave, e non si può usare quando la lente sia sana senza pericolo di ferirla, e se la lente fosse opaca io dubiterei, che col suo volume potesse urtare l' iride, e farla risalire. Riflessioni intorno a questo metodo.

# STORIA VI.

IN CUI SI DA' CONTO DELLA CURA DI ANIELLO DE CONCILIIS.

*L' occhio destro vede poco essendo offuscato da cateratta incipiente.*
*L' occhio sinistro avea sinizesi con cateratta secondaria complicata* (1).

Condizione dell' infermo.

§. 1. L' infermo è natio di Napoli d' anni 65 di temperamento nervoso-astenico, l' occhio destro di quest' uomo può discernere molti oggetti perchè vi è cateratta incompleta.

Operazione preceduta.

§. 2. All' occhio sinistro era stata eseguita la ceratonisi da un valente professore nell' estate dell' anno 1819 e siccome al momento dell' operazione la pupilla restò sgombrata l' operazione venne giudicata felice.

Stato dell' occhio osservato in seguito.

§. 3. Ma decorsi appena 18 giorni senza, che l' uomo accusasse notabile incommodo s' incominciava ad osservare porzione della pupilla ingombrata dalla casula, e l' uomo conservava la vista ricuperata, dopo cinque settimane si trovò offuscata la pupilla da cateratta secondaria giallognola, e vincolata in varii luoghi col margine pupillare dell' iride.

Segno della preceduta operazione, e stato della pupilla.

§. 4. Nel dì 15 Gennajo 1820 presentando l' uomo nella clinica raccontai agli astanti, che la cicatrice della cornea, quantunque non occupasse il lume della pupilla mi avea dato segno della ceratonisi ch' era stata eseguita invano, e soggiunsi che su questo indizio, io avea indotto l' uomo a confessare quel che s' era passato nel suo occhio quantunque egli avesse il progetto di farmelo ignorare; poi dissi, che

(1) Non avendo trovato nel corso dell' anno 1817 una storia in cui si desse conto di questa complicazione della sinizesi ho trascritto quì la storia di Aniello de Conciliis.

la cateratta doveva essere complicata perchè era preceduta un' operazione di depressione, e perchè si vedeva essere di un color giallo fosco.

*Taglio della cornea, e dell'iride.*

§. 5. Per poter dunque estrarre il corpo cristallino in caso di bisogno feci subito un gran taglio da cateratta nella cornea, il quale mi riuscì poco minore de' due terzi della sua periferia, e compresi al tempo stesso l'iride facendovi un taglio arcuato in basso come nella *Tavola XI* è rappresentato dalla *Fig.* 2.

*Taglio dell'iride, ed estrazione della cateratta.*

§. 6. Indi afferrata la parte inferiore del margine pupillare dell'iride e tagliatala via si presentò la cateratta secondaria, ma frattanto usciva porzione del vitreo, e la lente restava nell'occhio sicchè afferratala per la parte posteriore mediante l'uncino di Beer la condussi fuori, e vidi che la cateratta era composta in gran parte dal corpo della lente, il quale era attaccato alla casula mediante un cordoncino di linfa addensata.

*Stato osservato.*

§. 7. Subito la pupilla restò libera, e l'uomo essendo stato tenuto nella consueta regola di vivere, niente ebbe a soffrire: ne' primi giorni del Febbrajo consecutivo diede pruove di aver ricuperata la vista.

*Successo della cura.*

§. 8. Finalmente alla metà circa di detto mese era guarito, e vedeva con molta distinzione, talchè servivasi unicamente dell'occhio sinistro, ed esaminata la pupilla si trovò libera perfettamente, e di un aspetto regolare all' infuori di essere allungata verso la parte inferiore della cornea.

## COROLLARI.

*Queste sei storie servono a dimostrare, i seguenti corollari.*

*Utilità di un taglio grande quando abbia preceduto la depressione.*

I. Che quando abbia preceduto la depressione si deve aprir molto la cornea, onde lasciar passare il nucleo della lente nel caso che questo si trovasse ancor dirimpetto alla nuova pupilla, e non fosse stato distrutto.

*Casi in cui si potrà usare la dialisi descritta da Beer.*

II. Che allorquando il campo sano della cornea è molto ampio, e non vi sia dubbio d'incontrare nè lente sana, nè cateratta, la quale difficilmente resterebbe depressa, allora si potrà usare il

metodo della dialisi descritto dal Professore Beer, cioè facendo passare l'ago di Schmidt attraverso alla cornea come venne descritto nella *Storia V*.

Riuscita difficile quando vi sia complicazione della cateratta densa.

III. Che allorquando trattasi di cateratta densa preceduta da iritide grave e ribelle, il metodo dell'ectomia riuscirà difficile, ed incerto della riuscita perchè l'iride suol essere molto sensibile, e non può venir facilmente condotta fuori onde tagliarla via.

Modificazioni da addottarsi in caso di grave iritide preceduta.

IV. Facendo riflessione allo stato delle parti in questi casi, io credo in primo luogo, che dall'epoca della prima operazione tentata debbasi lasciar passare almeno un anno innanzi di tentarne una seconda; perchè l'eccessiva sensibilità delle parti non arrechi impedimento, e credo che si dovrebbe eseguire il taglio dell'iride in guisa tale, che la falda riuscisse molto lunga, e non rimanesse attaccata se non per breve tratto in alto, il che si otterrà facendo una grande apertura di cornea e volgendo molto in alto la punta del coltello contro l'iride nel momento della punzione.

Difficoltà della buona riuscita ne' casi simili a questi della *Storia II e III.*

V. Infine dirò che trovo opportuno il sistema addottato in questi casi di cateratta secondaria di tagliar contemporaneamente, e la cornea, e l'iride; e che trattandosi di casi complicati siccome quelli riferiti nella *Storia II e III*, la buona riuscita non sarà tanto probabile, come nei semplici.

## CAPO XXIX.

*In cui si ragiona de' casi difficili, e de' successi infelici.*

§. 1. Il mio lettore crederà forse improbabile, che nel corso di due anni non si trovi registrato un sol caso di ectomia in cui, o la lente fosse stata disorganizzata, o fosse insorta grave oftalmia traumatica; ma ciò giammai si vidde.

Non vi fu un sol caso di lente distrutta, o di grave oftalmia traumatica.

§. 2. Io però gli faccio notare, che due volte è mancato il successo dell' ectomia, poichè la prima operazione praticata nell'occhio del Benevento offre un esempio di aplocia per causa di un' istmo, e la seconda operazione sul medesimo occhio serve a dimostrare la formazione di una cateratta spuria per causa d'ifemia (*Vedi storia VI.*), e fra le storie dell' ectomia vi è un' esempio di semi-aplocia per causa di un dentello lasciato nell' occhio (*Vedi Storia III e XXI. Tav. X. Fig. 5 e 6.*).

Due volte è mancato l'effetto dell' ectomia.

§. 3. Ma perchè non istimasse alcuno, che il pericolo di lacerare la lente, o di veder grave iritide fosse immaginario ho esaminato i libri di clinica degli anni consecutivi e solamente due esempj trovo registrati di tale infortunio, ma dopo sei anni di continue pratiche dell' ectomia.

Casi di lacerazione di lente.

§. 4. Il primo trovasi registrato sotto la data del dì 12 Marzo 1820 avendo io in questo dì praticata l' ectomia nell' occhio sinistro di Leopoldo Schipano giovinetto irrequieto, il quale aveva soltanto la parte superiore della cornea diafana e mi opponeva molte difficoltà, sì pel luogo campo sano, ed altresì perchè irrequieto: in questo caso eseguito il taglio della cornea e fatta la prima recisione dell' iride si presentò l' aplocia, e nell' atto di voler prendere qualche altra porzione di detta membranella essendosi agitato l' occhio portò il corpo della lente in alto contro le punte

Osservazione fatta nell' occhio sinistro di Leopoldo Schipano.

della pinzetta, e rottasi la casula tosto uscirono varie porzioni molli del cristallino, ch'io riconobbi come effetto di alterazione alla lente.

Pericolo notato in casi simili a questo.

§. 5. Allora considerando, che le quante volte in cui io avea fatto uscire il nucleo della lente in casi consimili a questo, sempre la suppurazione dell' occhio avea tenuto dietro a queste operazioni perchè se il corpo della lente si fa passare, per la piccola ferita da ectomia, l' iride soffre una contusione fatale, e se si allunga il taglio onde farlo passare liberamente l'occhio non sopporta questa complicazione d' operazioni, mi determinai a lacerare la lente, e lasciarla nell' occhio imitando così in certo modo la coropeja complicata praticata dal rinomato oculista Guglielmo Adams.

Altro espediente di lacerazione dalla lente.

§. 6. Preso dunque un ago a falcetta praticai l' incisione della lente lasciandola stare nell' occhio, e quantunque ne' primi giorni l' infermo nulla vedesse; passate appena tre settimane incominciava a discernere molti corpi, e nel termine di sei settimane si trovò assorbita la cateratta, e lo Schipano vedeva molti oggetti con quest'occhio per quanto il concedeva la situazione della nuova pupilla, ed il difetto che induce la privazione del cristallino.

Altro esempio di distruzione di lente.

§. 7. Un' altro esempio di distruzione della lente si trova registrato sotto la data delli 7. Novembre 1821. ed è stata questa una disgrazia veramente unica dacchè esiste la clinica; poichè nell' occhio sinistro di *Pasquale Consolazzo* vi era uno spazio di cornea sana ben grande in basso, condizione assai favorevole nella pratica, e dopo aver fatto il taglio della cornea, ch' era d' una giusta misura essendo venuto ad afferrare l' iride nell' atto di toglierla via l' occhio si mise in contrazione, e sbalzò fuori la lente improvvisamente, ed uscì anche un pezzo dell' umor vitreo.

Speranze vane.

§. 8. In quel momento io restai confuso, ma poi considerando, che la lente non era molto voluminosa, e ch' era uscita, così facilmente mi lusingai, che l' infiammazione consecutiva non sarebbe stata grave.

Modo singolare di distruzione dopo sette giorni.

§. 9. In seguito sembrava di fatti che i sintomi dell' oftalmia traumatica fossero miti, ma al 7.° giorno comparve qualche indizio d' infiammazione, e l' occhio si trovò di già attaccato da ipopio; ed in poche ore fu distrutto.

§. 10. Io attribuisco questa disgrazia ad una estraordinaria mollezza della casula, la qual cosa più fiate ho osservato negl'uomini scorbutici, come era costui, e credo che la suppurazione non fosse derivata dall'urto, che la lente a potuto esercitare contro l'iride nell' atto d'uscir fuori, perchè questa era piccola e molle; ma bensì dacchè l'umor vitreo uscito per la ferita della cornea ritrovandosi a contatto della materia blennorroica separata entro le palpebre, è caduto in suppurazione dopo due o tre giorni.

Origine di tale disgrazia.

---

32

# CAPO XXV.

*Intorno alla pratica della dialisi da applicarsi ai casi di ceratoscotesi inferiore.*

Ragioni che m' indussero a stabilire la pratica di un altro metodo.

§. 1. Nell'occhio sinistro di Leopoldo Schipano siccome ho detto a *pag. 247 §. 4*, sperimentai la difficoltà di praticare l'ectomia in alto senza alterare la lente, e questo dispiacevole caso mi determinò a ricercare e stabilire la pratica di un metodo più facile e conveniente ne' casi di ceratoscotesi inferiore.

Altro metodo sperimentato fino dal 1819.

§. 2. Fin dalla primavera dell'anno 1819 il valente D. Federico Jäger mi avea communicato il metodo della dialisi di Langhenbeck, e mi disse, che se l' avessi sperimentato l' avrei trovato utilissimo ne' casi di ceratoscotesi inferiore, e l' avrei trovato così facile, che probabilmente l' avrei adoperato anche troppo sovvente; io dunque l' ho sperimentato, come si vedrà dalle storie citate qui appresso.

Altra maniera di praticar la dialisi descritta più sopra.

§. 3. Ho già descritta la pratica della dialisi semplice proposta da'celebri professori Schmidt e Scarpa, la quale venne modificata dal Sig. Beer veggasi la storia di Alessio d'Apuzzo (*Storia V. pag. 242*), ma dalla descrizione ognuno comprenderà, che quel metodo non può impiegarsi, allorquando la lente sia sana senza pericolo di lacerarla, aggiungasi che avendone fatto esperienza in altri casi ho veduto, che la nuova pupilla aperta per dialisi ha una tendenza a ristringersi, ed anche ad obliterarsi interamente.

Merito del Professore Langhenbeck.

§. 4. Il sig. Professore Langhenbeck ha ridotto questo metodo alle regole che verranno qui appresso spiegate, e come si vedrà lo ha reso praticabile, anche ne' casi di lente sana, ed ha evitato molte difficoltà, che s' incontrano appunto nella pratica dell' ectomia quando il campo della cornea è elevato, evitando molti de' difetti notati nella dialisi semplice.

## PROBLEMA V.

*Dato un caso di ceratoscotesi inferiore aprire la nuova pupilla per dialisi, secondo il metodo di Langhenbeck.*

### REGOLA I.

Data esecuzione ai quattro precetti generali ( *Capo IV.* ) si aprirà la cornea per la lunghezza di una, o al più due linee in vicinanza al centro di essa facendovi un taglio trasversale, il quale potrà eseguirsi in caso di opacità nel confine della parte opaca ( *Vedi Tav. XIII. Fig. I.* ). Taglio della cornea.

### REGOLA II.

Per la fatta apertura s' introdurrà l' uncino del Professore Beer e fattagli attraversare la parte superiore della camera anteriore si volgerà il becco di quest' istromento sul margine dentato dell'iride, e subitochè il detto margine sia afferrato si ritirerà l' uncino per la medesima direzione per cui l' istromento era stato introdotto, e così si staccherà l' iride dalla coroidea, e la parte distaccata in questo modo si tirerà fuori per la ferita, e si lascerà incarcerata nella medesima finchè si distacchi e cada per suppurazione; ed in tal maniera verrà ad aprirsi una pupilla in alto. Estrazione dell' iride.

*

## CAPO XXVI.

*In cui viene dilucidata la regola I.ª*

Si potrà fare il taglio anche sul margine del leucoma.

§. 1. Se lo spazio sano della cornea è angusto converrà praticare il taglio nel margine del leucoma, che si guarirà egualmente bene, come se si fosse praticato nella parte sana.

Istromento da usarsi.

§. 2. L' istromento da impiegarsi a tale effetto potrebbe essere un coltello da cateratta, ma riesce anche più opportuno l' ago lanciato largo, che il sig. Beer impiegava onde eseguire l' incisione della lente nella ceratonisi. ( *Vedi Tav. XIII. Fig. 7.* ).

Dimensione dell' apertura della cornea.

§. 3. Bisogna, che l' apertura della cornea riesca lunga almeno il doppio di quel che porterebbe il diametro dell' uncino affinchè questo passi liberamente.

Dimensione della ferita.

§. 4. Non dovrà però quella ferita esser più lunga di due linee affinchè l' iride tirata fuori non possa rientrare, ma anzi resti incarcerata.

Attenzione che si userà per riguardo alla lente.

§. 5. L' oculista deve star bene attento affinchè ne' casi di lente sana gl' istromenti non oltrepassino i limiti della camera anteriore, e così sarà sicuro di non alterare il cristallino.

Direzione del ferro tagliente.

§. 6. Se egli facesse un' apertura di cornea con direzione molto obbliqua la cicatrice accrescerebbe l' estensione della ceratoscotesi, e l' uncino incontrerebbe difficoltà a penetrare nella camera anteriore, e ad uscire, per la qual cosa egli dovrà dirigere il ferro tagliente verso l' interno della camera anteriore, e non già obbliquamente verso l' alto.

Come si allunghi la ferita.

§. 7. L' oculista si accorgerà d' aver penetrato nella camera anteriore, quando vedrà uscire l' umor acqueo liberamente, e se adoprasse un coltello colla punta ristretta dovrà volgerlo sui lati appena giunto in essa, affinchè la ferita riesca più larga dell' istromento, ed abbia due linee di estensione incirca.

# CAPO XXVII.

## *Spiegazione della regola II.ª*

§. 1. L' uncino deve essere portato per entro alla ferita in tal guisa, che il becco sia rivolto ad uno degli estremi di essa, e così non la urterà, nè l' allargherà, ma potrà essere introdotto facilmente. Direzione dell' uncino.

§. 2. Subitochè l' istromento sia giunto nella camera anteriore non si deve dirigerne il becco sull' iride, ma si dovrà spingerlo daprima in alto finattantochè l' estremità superiore veggasi nascosta dal confine della sclerotica, ed allora solo rivoltando verso l' occhio il bottone c. ( vedi Tav. XIII. Fig. 2. ) che indica la direzione del becco si afferrerà l' iride in vicinanza al margine superiore. Come si regola onde prender l' iride.

§. 3. Se l' iride sarà stata presa in vicinanza al margine dentato nel tirar l' ago quella si distaccherà immancabilmente, e subito dopo comparirà l' ischemia accidentale grave. Distacco dell' iride.

§. 4. Nel tirare il detto stromento si volgerà il bottone verso uno degli estremi del taglio, e si farà strisciare l' arcata b. opposta al becco d. lungo l' estremo opposto affinchè esca dolcemente, e non trovi impedimento ne' contorni della ferita. Come si ritirerà l' ago.

§. 5. Si userà molta lentezza nel ritirare l' uncino affinchè l' iride gli tenga dietro, e se mai questa si lacerasse bisognerà riportare l' uncino sul margine dentato onde afferrarla solidamente, e se fosse già impegnata fra i lembi della ferita quando l' uncino se ne distacca si potrà ripigliarla e tirarla fuori mediante la pinzetta acuta. Come si ritirerà l' uncino, quando l' iride fosse lacerata.

§. 6. Non si deve abbandonare la falda dell' iride finattantochè non sia stata tirata fuori per la lunghezza di una linea, o anche una linea e mezza, il che porta un distacco d' iride per tre linee, e più, mentre la membrana esce fuori raddoppiata, e così si potrà sperare di avere aperta una pupilla sufficientemente grande. Lunghezza della falda d' iride che si tirerà fuori.

Come l' infermo debba tener l' occhio.

§. 7. In tutto il tempo in cui l' uncino si troverà dentro l' occhio bisogna raccomandare all' infermo di tener fisso lo sguardo verso la fenestra vicina, onde non porti l' occhio ad urtare contro l' uncino, o non faccia, che il becco resti impegnato ne' margini della ferita.

Movimenti fatti da taluno.

§. 8. Mi accadde talvolta, che un' infermo anche ragionevole rimovesse l' occhio per distrazione, non ricordandosi quel ch' io da bel principio gli avea detto, che bisognava tener fisso lo sguardo verso la finestra.

Causa di questo inconveniente.

§. 9. Questo piccolo inconveniente deriva dal perchè in questi casi l' uncino passa tanto liberamente per la ferita, quantocchè non può contenere i movimenti dell' occhio, cosa che in altre operazioni sogliono fare gli aghi, o i coltelli, che noi adoperiamo.

---

# CAPO XXVIII.

*In cui vengono discusse le difficoltà da noi sperimentate nella pratica della dialisi mista, e vengono rimossi taluni dubbi, sui difetti, che sembrerebbe poterglisi attribuire in teoria.*

§. 1. Due difficoltà abbiamo notato nel momento di praticare il metodo ora descritto, cioè il pericolo, che l'iride venga lacerata e non esca, ed in secondo luogo quello che l' uncino s' impegni ne' margini della ferita quando lo vogliamo tirar fuori. Due difficoltà notate in questa pratica.

§. 2. Ma basterà esattamente praticare quel tanto, che ho spiegato nel *cap. XXVII.* § 2. onde evitare questi inconvenienti. Se però si volesse generalizzare questo metodo, ed anteporlo al metodo dell' ectomia si troverà nella pratica molto minore soddisfazione per le ragioni che esporrò qui sotto. Regole date per evitar questi disordini.

§. 3. A pari circostanze l' ectomia ha il vantaggio, che nulla si commette alle forze della natura fuorchè la guarigione del taglio della cornea; mentre nel caso della dialisi succede una specie di reazione fra l' ernia dell' iride, e le parti interne dell' occhio in cui resta essa atrofiata, e cade in suppurazione la falda d' iride sporgente fuori dell' occhio. Quindi le parti interne debbono resistere onde separarsi, ed affinchè la suppurazione non vi si communichi; e la cicatrice della cornea ferita viene in certo modo impedita dalla membrana stessa dell' iride frappostavi. Se vogliasi generalizzare il metodo s' incontreranno difficoltà.

§. 4. Aggiungasi a questi sconcerti il pericolo, che l' iride possa rientrare, o che l' ifemia la quale non ha facile discarico possa indur qualche volta cateratta spuria consecutiva. Altro pericolo.

§. 5. Vi sarà forse chi a questi dubbi risponderà adducendo molti sperimenti di felici guarigioni ottenute con questo metodo; ma ciò non basta, bisognerebbe opporre almeno ai 56 casi registrati nella scuola clinica senza un solo esempio di operazione mancata, altrettanti casi tutti consecutivi, ed egualmente felici; perchè Risposte dedotte dall' esperienza favorevole.

altrimenti vi sarebbe ragione di dubitare, che nella moltitudine degli sperimenti qualcuno avesse infelice esito per l'influenza delle imperfezioni accennate.

Superiorità dell'ectomia quando lo spazio trovasi in basso.

§. 6. Ognuno concepirà, che in pari circostanze sarà sempre di grande soddisfazione all'oculista il sapere, che il taglio della cornea nell' ectomia diventa la base della nuova pupilla, e che perciò nel fare il taglio si viene a determinare il luogo preciso, dove si aprirà la pupilla; che l'iride, la quale poteva ingombrare il campo sia stata portata via, e che l'ifemia ugualmente sia stata tolta.

Altro vantaggio dell'ectomia nella parte bassa.

§. 7. Ma oltre a questi vantaggi, nel caso in cui lo spazio sano della cornea si trovasse molto basso, l'ectomia avrebbe que' vantaggi, che appunto si sono indicati per la dialisi, quando il campo sano fosse in alto; poichè volendosi praticare la dialisi in caso di ceratoscotesi superiore bisognerebbe ferire la cornea verso il centro, e portare l'uncino in basso, onde afferrare il margine dentato dell'iride, e nel discendere coll'uncino vi sarebbe molto pericolo che l'infermo alzasse l' occhio improvvisamente contro l'istromento, e restasse scomposta la lente, oppure che questo s'impegnasse nella ferita della cornea con grave danno dell' occhio.

Utilità di una ferita bassa.

§. 8. Aggiungasi, che la ferita della cornea fatta in basso come usiamo in questi casi per l' ectomia dell' iride sarà più vantaggiosa sì per l' uscita del sangue, come di altre materie raccoltesi ne' contorni di essa.

Pratica sperimentata.

§. 9. Mai sempre una pupilla aperta in basso, o sui lati è più vantaggiosa per la vista, che se fosse aperta in alto.

Inconvenienti manifesti in questi casi.

§. 10. Calcolate queste ragioni ho messa in pratica la nuova *dialisi* ch'io chiamo *mista* in que' casi in cui l' ectomia non poteva essere praticata se non se con molto pericolo; cioè ne' casi di ceratoscotesi inferiore, ed ecco gli estratti di varie storie raccolte nel giornale di clinica subito dopo la descrizione avutane dal sig. Dottor Jäger perchè avea sperimentato i pericoli dell'ectomia, quando il campo sano della cornea trovavasi in alto.

## STORIA I.

§. Il primo tentativo della dialisi venne praticato nell' occhio sinistro di *Tommaso Solla* d' anni 10 affetto da stafiloma nella parte inferiore, che lasciava un campo semidiafano soltanto nella parte più elevata della cornea.

Condizione della persona.

§. 2. Ambedue le cornee di questo giovanetto erano molto grandi fin dalla nascita, ma poi si erano estese per cagione di stafilomi prodotti da oftalmoblenorrea grave.

Stato delle cornee.

§. 3. Nel dì 1 maggio 1819 praticai la punzione della cornea al centro mediante l' ago lanciato *Tav. XIII. Fig. 7.*, e riuscì molto facile.

Taglio della cornea.

§. 4. L' iride si distaccò facilmente sotto l' azione dell' uncino, e ne restò fuori una falda lunga tre linee e mezzo; e comparve leggiera ifemia.

Distacco dell' iride.

§. 5. I sintomi dell' oftalmia consecutiva furono assai miti ma però esaminato l' occhio nel di 16 Maggio trovai che l' oftalmia traumatica non era ancor cessata e la falda dell' iride era tuttora attaccata al centro, e suppurata: questa non cadde che nel giorno 18, e dopo quel giorno l' oftalmia si diminuì considerabilmente, ed a poco a poco si dissipò, e si fece più chiara la cornea; ed il giovanetto ricuperò un grado di vista sufficiente, quantunque un tenue panno ingombrasse anche la parte superiore della cornea in guisa, che soltanto un occhio esperto poteva riconoscere tale difetto.

Stato consecutivo dell' occhio.

§. 6. Feci dunque l' apertura della cornea mediante l' ago lanciato a spattola, che il professore Beer era solito impiegare per la ceratonisi, e piantata la punta in vicinanza al centro della cornea sul margine semidiafano del leucoma il ferro penetrò nella camera anteriore senza ferir l' iride, ed uscì molto umore acqueo.

Qualità dell' ago impiegato.

§. 7. Riposato un' istante l' occhio introdussi per la ferita l' uncino di Beer siccome indica la *Tav. XIII. Fig. 2.*, e lo spinsi fino a livello del margine della sclerotica nella parte superiore della camera anteriore, e giunto colà volsi il becco dell' uncino

Estrazione dell' iride.

sull' iride, sicchè quella venne presa fermamente e subito si staccò dal margine dentato della coroidea, e la tirai fuori per la ferita della cornea finchè restò fuori una falda d' iride doppia lunga poco meno che due linee.

Distacco dell' iride e guarigione.

§. 8. L' infiammazione consecutiva fu assai mite, ed esaminato l' occhio nel sedicesimo giorno trovai un' oftalmia traumatica alquanto notabile, la falda dell' iride cominciava a cadere in suppurazione, la ferita erasi ristretta, e vedevasi circondata da vasi sanguigni ingrossati, sicchè io dubitai, che forse la materia puriforme potesse penetrare nell' occhio, e dar fomite ad un' ipopio.

Infiammazione consecutiva.

§. 9. Nel dì 18 Maggio cadde l' iride suppurata, ed a poco a poco nel termine di un mese si dissipò l' oftalmia traumatica, la cornea si rischiarò per quanto il concedeva quel residuo di panno manifesto prima dell' operazione; e il giovanetto ricuperò un grado di vista sufficiente, onde poter camminare senza guida.

## STORIA II.

§. 1. Adì 15 Maggio 1819 praticai la nuova dialisi nell' occhio sinistro di *Liberando Raja* d' anni 20, il quale avea leucomi, panno e residuo di oftalmoblenorrea, in guisa, che la cornea era offuscata verso gli angoli, ed alla parte inferiore, e vi era perciò ceratoscotesi con sinechia. Stato della persona.

§. 2. L' uomo essendo irrequieto ebbi molta difficoltà a poter eseguire il taglio della cornea, e questo mi riuscì troppo grande poichè la porzione penetrante superava la lunghezza di due linee. Difficoltà in pratica.

§. 3. Vi fu l' ifemia cagionata dal sudetto taglio a motivo de' vasi del panno, ch' erano stati incisi, e non di meno portai l' uncino bene, ma l' iride si lacerò tre volte non avendo potuto afferrarla in alto, e finalmente la presi nel margine dentato, e la nuova pupilla riuscì di un diametro maggiore di tre linee ed in alto. Falda dell' iride libera.

§. 4. Finita l' operazione mi avviddi, che la falda dell' iride non era tenuta impegnata nella ferita, ma siccome era staccata per lungo tratto mi sembrava impossibile che potesse rientrare, e ricomporsi. Ifemia osservata.

§. 5. Ciò non di meno alla fine di Maggio si trovò molto picciola la falda dell' iride, ch' era fuori della ferita, e la pupilla molto ristretta, in fine cadde l' iride, ma restava molto offuscato il centro della cornea da un tessuto di vasellini sanguigni formatosi sul luogo della ferita. Stato osservato alla fine di maggio.

§. 6. Verso la metà di Giugno la nuova pupilla era diventata lineare perchè l' iride ch' era in gran parte rientrata formava aplocia, e l' uomo vedeva molto poco, nè poteva camminar senza guida; questa osservazione è una chiara pruova della tendenza, che ha l' iride a ripigliare il suo posto, e chiuder la pupilla. Pupilla ristretta

*

## STORIA III.

Stato della persona.

§. 1. Adì 5. Giugno praticai quasi allo stesso modo la dialisi nell' occhio sinistro di *Angiola Maria Laerza* dell' Afragola poichè mi riuscì troppo lungo il taglio della cornea, l' iride venne lacerata dall' uncino, ma presala poi nel margine dentato uscì fuori; e restò bene aperta la pupilla.

Iritide osservata.

§. 2. In questo caso vi furono indizi d' iritide consecutiva all' operazione, che venne calmata, mediante l' applicazione di una mignatta al solito.

Pupilla ristretta.

§. 3. Cessata poi l' irritazione osservai che la nuova pupilla erasi molto ristretta poichè gran parte dell' iride era rientrata ed avea ripigliato il suo posto.

## STORIA IV.

Condizione della persona.

§. 1. Adì 23. Giugno 1819 sperimentai la dialisi nell' occhio sinistro di *Maria Giuseppa Amiranda* d' anni 28 natia di Napoli, essendo distrutto l' altro occhio.

Ferita della cornea.

§. 2. In questo caso lo spazio apparentemente sano della cornea era molto imperfetto, e l' ago a spatola rappresentato nella *Tav. XIII. Fig. 7.* penetrò con molta difficoltà nella camera anteriore perchè io gli avea dato una direzione troppo obbliqua.

Perchè mi determinassi a toglier via subito l' iride.

§. 3. Avendo notato nel caso precedente, e negli altri ancora, che l' oftalmia traumatica consecutiva a siffatte operazioni era sempre grave, e di lunga durata per causa dell' iride frapposta ai margini della ferita volli in questo caso tagliar via la falda dell' iride subito dopo tiratala fuori.

Restrizione della nuova pupilla.

§. 4. Ciò fu dunque eseguito con facilità, ma notai, che l' iride tirata vicino ai lembi della ferita riprese il suo posto di nuovo, e quindi la nuova pupilla si restrinse moltissimo in termine di pochi giorni, e la donna acquistò un debole grado di forza visiva, io attribuisco questa restrizione della pupilla alla libertà

in cui sono rimasti i lembi dell' iride dopo recisa la falda, i quali non rimanendo vincolati rientrarono al loro posto, e diedero origine all' aplocia.

§. 5. In questo caso l' oftalmia traumatica fu molto leggiera, e nel termine di otto giorni fu interamente dissipata.

Oftalmia dispata sollecitamente.

§. 6. La poca utilità ottenuta da questa operazione mi determinò a lasciare incarcerata l' iride come negli altri casi, e così praticai un' altra operazione adì 26 dello stesso mese di Giugno nell' occhio destro di Leopoldo Schipano la quale mi riuscì come la prima quì sopra descritta, se non che l' iride caduta in suppurazione sostenne a lungo l' oftalmia traumatica grave, e minacciava di guastare anche l' iride, ch' era entro l' occhio però alla fine il giovanetto si vistabilì, ed acquistò un sufficiente grado di vista con questo occhio, il giovanetto è quel medesimo nel quale si osservò l' uscita della lente per essere stata rotta la casula nel caso di ectomia riferito più sopra.

Poca utilità perchè l' iride non era incarcerata.

## STORIA V.

Stato della persona.

§. 1. Adi 17. Aprile 1820. praticai la dialisi nell' occhio sinistro di *Placido Fiore* d'anni 54., e si osservò che nel corso della consecutiva oftalmia traumatica l' iride non cadde in suppurazione, ma si mutò in una specie di stafiloma racemoso che ingombrava il centro della cornea, ciò nondimeno l' uomo acquistò la vista.

## STORIA VI.

Altra osservazione.

§. 1. Adi 8 luglio 1820 praticai la sesta operazione nell' occhio sinistro di *Gaetano d' Afeltra*, ed anche in questo caso terminata la cura sebbene la pupilla aperta fosse sufficiente, pure il centro della cornea restò ingombrato da un piccolo stafiloma racemoso, che risultava dall' ernia dell' iride tirata fuori, e vestitasi da una membranella stafilomatosa, ch' era il prodotto dell' infiammazione traumatica, però l' uomo riacquistò qualche grado di vista.

## STORIA VII.

Osservazione.

§. 1. Adi 11 Novombre 1820 praticai la dialisi nell' occhio *destro* di *Paolo Tafur*, e riuscì alquanto bene sennonchè l' oftalmia ebbe lunga duroata; ma l' uomo acquistò qualche grado di vista.

## STORIA VIII.

§. 1. Adì 19 Maggio 1821 praticai la dialisi mista nell' occhio sinistro di *Vincenzo de Fraja* da Pozzuoli, ed in questo caso trattavasi di una sinizesi con cateratta secondaria lasciata da un'estrazione di cateratta. Stato dell' occhio in questo caso.

§. 2. Io addottai la dialisi perchè sebbene la cornea rimpetto alla pupilla da formarsi fosse sana e trasparente pure osservavasi una sinechia molto estesa; a motivo che l'operazione dell'estrazione della cateratta praticata non so da chi, era stata susseguitata da ernia dell' iride. Perchè sia stata preferita la dialisi.

§. 3. In questo caso avendo tirato fuori molta parte dell' iride nell' atto dell' operazione, parve, che questa condizione determinasse una più grave infiammazione traumatica, e adì 29 Maggio avendo osservato, che molti vasellini infiammati circondavano la ferita, e che la falda dell' iride tirata fuori non era caduta in suppurazione, mi determinai di subito reciderla, come avrei fatto se fosse stata un' ernia dell' iride qualunque. Perchè venisse recisa l' ernia dell' iride.

§. 4. La recisione mi parve allora molto utile poichè la pupilla non si restrinse come nel caso di *M.ª Giuseppa Amiranda Storia IV*, e l' oftalmia traumatica nel dì 13 Giugno susseguente si trovò guarita. Utilità manifesta subito.

§. 5. Questo buon effetto della recisione dell' ernia praticata qualche giorno dopo la dialisi, mi determinò a fare una modificazione al metodo di Langhenbeck, che dopo quest' epoca mi riuscì molto utile, e lo applicai più fiate ai casi di ceratoscotesi inferiore con successo buono. Da questo mi venne l' idea di modificare il metodo.

# CAPO XXIX.

*In cui si notano i difetti della dialisi di Langhenbeck, i quali sono dimostrati dalle otto Storie precedenti.*

Se l' iride non è impegnata nella cornea la pupilla riesce picciola.

§. 1. Quantunque il metodo ora descritto sia di facile esecuzione in caso di ceratoscotesi inferiore pure negli otto casi riferiti più sopra si è notato, che se l'iride non sia bene incarcerata fra i margini della ferita della cornea facilmente rientra ( *vedi la Storia II e Storia IV* ), e l'operazione riesce allora di poca utilità.

Influenza dannosa della falda dell'iride, che cade in suppurazione.

§. 2. Ma il difetto più grave, ed inevitabile nella pratica di questo metodo si è che la falda nell'iride cade in suppurazione lentamente e frattanto esercita l'azione di un corpo straniero posto fra le lamine della cornea, e sostiene un' oftalmia traumatica pericolosa, la quale può durare molti giorni, e può indurre grave danno negli uomini male affetti.

Pericolo d'iritide o di grave ipopio.

§. 3. Aggiungasi a questa considerazione il pericolo che la suppurazione della falda esterna, si propaghi alle parti dell'iride rimaste nell'occhio ed ognuno intende, che allora vi sarà sviluppo d'iritide grave, o d'ipopio. È vero però che negli otto casi di sopra citati si vidde bensì un' oftalmia traumatica grave, che durò fino al distacco della falda esteriore dell'iride ma non si ebbe mai la suppurazione dell' occhio, nè iritide grave, e quindi si potrà rispondermi, che questo pericolo è immaginario.

Crescerà il pericolo negli uomini mal disposti.

§. 4. Nessun medico può ignorare, che vi sono degli uomini così mal disposti come sono gli scorbutici, ed i sifilitici, che mal soffrono la più leggiera oftalmia traumatica, e quand'anche molti la tollerino senza grave danno ciò non prova, che in un considerevole numero di operazioni non possa aver luogo pur troppo la temuta disgrazia dell'iritide, o dell'ipopio propagato dalla suppurazione della falda dell' iride alle interne parti.

§. 5. Ma quand'anche non avesse luogo il grave danno di sopra espresso non è di picciol danno l'oftalmia durevole osservata in molti casi, e quella vegetazione morbosa al contorno della ferita, che si è notata ne' casi dello Schipano, e di Afeltra, la quale produsse una specie di stafiloma racemoso.

Oftalmia durevole osservata e stafilomi racemosi.

§. 6. Questi sono difetti intrinseci del metodo, ma ve ne sono altri relativi, allorchè o si voglia, o si debba aprire la nuova pupilla in basso, poichè allora sarebbe d'uopo discendere coll'uncino in basso, e si anderebbe contro la lente perchè l'orbita sporgendo infuori c'impedisce di portarlo a fior di cornea, quindi vi sarebbe pericolo di urtare contro la lente come ne' casi di ectomia applicata alla parte superiore della cornea, ed il pericolo aumenterebbe ne' casi di persone irrequiete, che agitando l'occhio porterebbero la lente contro l'uncino.

Difetti relativi se vogliasi aprir la nuova pupilla in basso.

§. 7. Sembrami adunque, che non debbasi troppo generalizzare il metodo della dialisi, e non vorrei applicarlo ai casi di ceratoscotesi superiore, o laterale.

Perchè non debbasi generalizzare il metodo.

§. 8. Questi sono i difetti più notabili, ma se ben si consideri vi è ancor quello, che l'ifemia quantunque accidentale è però grave, nè il sangue trova facile uscita perchè l'apertura della cornea è troppo alta, picciola, ed impedita dall'iride, che vi stà impegnata; e similmente i materiali di suppurazione raccoltisi ai contorni della ferita non trovano facile scolo.

Pericolo di questo metodo riguardo all'ifemia

§. 9. Aggiungasi a tutto questo il pericolo di lacerare l'iride nel tirarla fuori, e la difficoltà di afferrarne precisamente il margine dentato.

Difetto più considerabile.

§. 10. Fra questi difetti il più considerabile è il danno che induce la falda dell'iride impegnata entro la cornea, e che deve cadere in suppurazione, e nel caso, che si volesse tagliarla via notasi il pericolo indicato nella *Storia IV pag. 260.* poichè nell'occhio di M. G. Amiranda essendosi ritirati i lembi dell'iride, questi si sono distesi, ed anno occupato lo spazio destinato alla nuova pupilla, che per tal ragione riuscì picciola.

Difficoltà di afferrare il margine dentato dell'iride.

# CAPO XXX.

*In cui si ragiona de' cangiamenti adottati in pratica.*

Regole adottate nella pratica susseguente.

§. 1. Il cangiamento portato al metodo più sopra descritto consiste in ciò che io procuro di formare una pupilla molto grande tirando fuori molta parte dell'iride, e lasciate passare 24 o 36 ore al più, recido la falda dell' iride rimasta sporgente servendomi di una cesoja a becco di grue, e così abbiamo osservato che l' oftalmia traumatica, la quale era appena incominciata subito cessava, e l' iride non più ripigliava il suo posto.

Buoni successi osservati in seguito.

§. 2. Stabilito questo metodo per la dialisi ho praticato varie operazioni in caso di ceratoscotesi inferiore, e gli effetti ottenuti mi hanno corrisposto felicemente per quanto il comportava lo stato a cui erano ridotti gli occhi sui quali si doveva operare.

Osservazione memorabile in clinica.

§. 3. Fra gli altri è memorabile pei nostri studenti il caso di Lorenzo Giuseppe Rossetti la storia del quale trovasi registrata sotto la data del dì 29 agosto 1821. Quest' uomo natio di *S. Lorenzo* in terra di Lavoro era nell' età d' anni 27 egli trovasi tuttora ricoverato alla casa de' militari invalidi di questa capitale. All' occhio destro che avea uno stafiloma occupante la parte inferiore della cornea il quale lasciava un campo alla parte superiore, praticai la dialisi e dopo due giorni tagliai via la falda dell' iride tirata fuori, e subito si vide cessare l' oftalmia traumatica ch' era stata eccitata dall' operazione, e la guarigione dell' occhio riuscì felice restando in alto una pupilla aperta come si desiderava.

Operazioni riuscite per quanto era possibile.

§. 4. Dopo la modificazione ora accennata le operazioni di dialisi tentate nella scuola ebbero sempre felice risultamento poichè l' oftalmia traumatica fu lieve, e di corta durata, e l' iride non più rientrò; forse perchè erasi di già agglutinata ai contorni della cornea ferita, o per causa di una certa abitudine contratta.

§. 5. Le replicate osservazioni di tal genere mi hanno dunque convinto, che la dialisi così praticata riesce molto utile e di facile esecuzione, e se gli occhi ne' quali venne praticata la detta operazione non anno ricuperato sempre una vista tanto chiara, come altri ne' quali venne praticata l'ectomia, ciò devesi unicamente attribuire al luogo di cornea diafana poco favorevole perchè alto, e sovvente angusto; che trovavasi in quei casi.

Vantaggi riconosciuti nella pratica dell'ectomia per molti casi.

§. 6. Io non ho per altro mai pensato a rendere generale la pratica della dialisi descritta poichè sicuramente ne' casi in cui la parte inferiore della cornea, o le parti laterali sono sane il metodo dell' ectomia mi riesce con maggior precisione, più facile, e senza bisogno di scendere coi ferri verso la lente; condizione, che in questi casi renderebbe pericolosa la dialisi siccome ne' casi di ceratoscotesi inferiore ci ha talvolta fatto mancare il desiderato effetto dalla ectomia.

Risultamenti osservati nella comparazione de' due metodi.

§. 7. Convien dire che anche il valente dottor Jäger, il quale era rimasto così contento de' primi sperimenti da lui fatti col metodo di Langhenbeck vi abbia poi trovato nell' esercizio que' diffetti che più sopra ho spiegati ( *Vedi Capo XXVIIII.* ); mentre in questi giorni mi venne comunicata la notizia, ch' egli abbia addottato il sistema di staccare l' iride mediante l' uncino, e poi abbandonarla nella camera anteriore senza incarcerazione, colla speranza, che si restringa, e non ripigli il suo posto, ma questa modificazione sembrami aver più notabili inconvenienti dell' altra da me impiegata, onde evitare i suddescritti difetti nel metodo di Langhenbeck; poichè se il campo è piccolo non si può distaccare molta porzione dell' iride, e perciò vi sarà pericolo, che una aplocia annulli il successo dell' operazione stantechè l' iride ha una tendenza evidente a ripigliare il suo posto, quando non sia vincolata, come dimostrano le storie qui sopra descritte *pag. 254.* e principalmente la Storia II. inoltre si consideri, che per liberare l' uncino dall' iride, e tirarlo fuori bisogna scuoterlo, ed alzarlo in guisa, che vi sarebbe pericolo di romper la casula in questo momento.

Perchè sembri che anche il Dottor Jäger abbia sperimentato gl' indicati inconvenienti nella pratica della dialisi.

*

# CAPO XXXI.

*In cui si dà conto de' metodi possibili per la pratica della corotecnia.*

Perchè l'oculista debba conoscere tutti i metodi della corotecnia.

§. 1. Finora si è ragionato de' soli metodi usati nella clinica per la pratica della corotecnia; ma un buon oculista deve conoscer tutti i metodi possibili, onde profittarne all'uopo, nè potrebbe senza tal cognizione valutare l'opportunità di quelli che impiega, e sostener la sua pratica nelle discussioni, che si tengono in faccia ai colleghi, ed ai clienti, e talvolta per la mancanza di queste cognizioni potrebbe venire indotto a tentare sperimenti di metodi men vantaggiosi, i quali sempre ricadono in fine a discapito degl' infelici.

Si spiegheranno i metodi, e si faranno conoscere i vantaggi e i difetti.

§. 2. Per manodurre il mio lettore colla scorta della ragione a sciegliere i metodi più utili, ed a farne uso con pieno convincimento spiegherò qui sotto quali esser possano i varj metodi della corotecnia, e subito dopo farò conoscere i vantaggi, e gl'inconvenienti di cadauno di essi.

Tre maniere indicate più sopra; ed un quarto metodo descritto che può esser nominato dialisi mista.

§. 3. Ho detto più sopra nel *Capo I*, §. *20*, che l'oculista può formare in tre maniere quell' apertura nel piano dell' iride, la quale viene da noi chiamata pupilla artificiale, cioè o facendo un taglio nell'iride *iridotomia*, o distaccandola *dialisi*, o tagliandone via un pezzo *ectomia*, ed al *Capo XXV. Problema V*, ho descritto una quarta maniera, la quale se ben si consideri partecipa della dialisi, e dell' ectomia, poichè non solamente vien distaccata l'iride dal margine dentato della coroidea; ma viene altresì tirata fuori, e portata via, come si suol fare in caso di ectomia colla sola differenza, che talvolta vien recisa dopo un giorno, o due, ed altre fiate la lasciamo cadere in suppurazione perchè si distacchi.

Distinzione de' metodi anteriori e laterali misti.

§. 4. Questo metodo io lo chiamerò adunque metodo di *dialisi misto* perchè partecipa dell' uno, e dell' altro; ma si consideri inoltre, che ognuna delle quattro descritte operazioni potrebbe

venir eseguita, o passando coi ferri per la cornea, o passando attraverso alla sclerotica, e che nel dare le pubbliche lezioni ho usato nominare anteriore, qualunque metodo d'operazione venga praticato portando i ferri dinanzi all'iride, e laterale qualunque metodo in cui l'oculista si proponga di portare i ferri attraverso alla sclerotica perchè gli conduce di lato all'iride.

§. 5. Stabiliti questi principj ognuno intenderà che debbono sorgere otto metodi di corotecnia semplice e sono: Otto metodi semplici.

*Dialisi mista*...... { anteriore / laterale

*Dialisi*........... { anteriore / laterale

*Ectomia dell' iride*. { anteriore / laterale

*Irido-tomia*........ { anteriore / laterale.

§. 6. Ma inoltre è da sapersi, che vi sono de' casi, e vi sono delle opinioni per cui l'oculista, o deve, o suole rendere complicati gli otto metodi or descritti praticando la coropeja, ed allontanando nel tempo stesso la lente dalla pupilla; operazione, che può venir praticata, o mediante l'estrazione della lente, o mediante la depressione, o mediante la reclinazione, o finalmente col mezzo della incisione, che da molti vien chiamata lacerazione della lente cristallina. Metodi complicati di coropeja.

§. 7. Sorgono dunque trentadue metodi complicati, e sarà in potere dell'oculista presceglierne quello, che gli sembrerà più conducente al suo scopo, oppure addattare ai casi che dovrà curare il metodo che più gli sembrerà opportuno. Ecco il prospetto de' metodi complicati, che risultano da questi principj. Trentadue metodi complicati, che risultano dagli esposti principj.

*Dialisi mista complicata con*.... {
estrazione anteriore
laterale
depressione anteriore
laterale
reclinazione anteriore
laterale
lacerazione anteriore
laterale

| | | |
|---|---|---|
| *Dialisi dell' iride complicata con.* | estrazione | anteriore |
| | | laterale |
| | depressione | anteriore |
| | | laterale |
| | reclinazione | anteriore |
| | | laterale |
| | lacerazione | anteriore |
| | | laterale |
| *Ectomia complicata con..........* | estrazione | anteriore |
| | | laterale |
| | depressione | anteriore |
| | | laterale |
| | reclinazione | anteriore |
| | | laterale |
| | lacerazione | anteriore |
| | | laterale |
| *Iridotomia complicata con ......* | estrazione | anteriore |
| | | laterale |
| | depressione | anteriore |
| | | laterale |
| | reclinazione | anteriore |
| | | laterale |
| | lacerazione | anteriore |
| | | laterale |

Applicazione de' metodi ai casi di lente distrutta.

§. 8. Tutti i quaranta metodi enumerati finora possono venir praticati allorquando l' atresia vada congiunta all' esistenza della lente, o sana, oppure offuscata; ma vi possono essere de' casi in cui la lente sia stata in tutto, o in parte distrutta per via d' un operazione preceduta siccome erano i sei casi descritti più sopra al *Capo XXIII, pag. 233 e seguenti.*

Otto metodi di coropeja consecutiva.

§. 9. In questi casi non vi è pericolo di alterare la lente, che non esiste più, ma si debbono diligentemente allontanare dalla pupilla i residui di essa, ossia la cateratta secondaria, se vi fosse. L' operazione deve soffrire delle modificazioni proporzionate allo

stato dell' occhio, ed io in tal caso nomino la coropeja coll'epiteto di consecutiva.

I metodi della coropeja consecutiva sono otto, ed eccone l'enumerazione:

| | |
|---|---|
| *Iridotomia consecutiva*.... | anteriore<br>laterale |
| *Dialisi consecutiva*....... | anteriore<br>laterale. |
| *Ectomia consecutiva*...... | anteriore<br>laterale |
| *Dialisi mista consecutiva*. | anteriore<br>laterale |

§. 10. Ecco dunque dimostrato, che i metodi della corotecnia possono ridursi al numero di 48 senza contare tutte le modificazioni, che ogni metodo può incontrare in riguardo a' varj istromenti da impiegarsi per eseguirlo.

I metodi sono 48 senza altre modificazioni possibili.

§. 11. Ora spiegherò come possa l' oculista fra tanti metodi regolare la scelta de' più vantaggiosi, ed applicarli opportunamente.

Come si possa regolare la scelta.

## CAPO XXXII.

*In cui si dichiara l'utilità de' varj metodi, e la loro applicazione a' varj casi di atresia.*

È provato, che si può eseguire l'ectomia anteriore semplice senza danno della lente, e che la lente serve a vedere con maggior distinzione.

§. 1. Ella è una verità ormai chiaramente dimostrata, che si può eseguire l' ectomia anteriore semplice senza distrugger la lente, siccome si è felicemente praticato tanto ne' 22 casi portati nella *Tavola XI* del libro primo, come negli altri 22 pur riportati nelle Storie del presente libro, e nessuno potrà dubitare, che se si conserverà intatta la lente, l'occhio acquistar debba un maggior grado di forza visiva di quella, che avrebbe quando la lente fosse stata rimossa dalla pupilla, stantecchè la lente giova a determinare una più distinta imagine de' corpi visibili sulla retina, e quando manchi bisogna supplire al difetto mediante gli occhiali convessi.

Esempio riportato nel primo libro, onde provare il vantaggio di conservare la lente.

§. 2. A questo proposito si ricordi il mio lettore il fatto di Giuseppe Ongaro da me riferito nell' *annotazione VII, del primo libro* §. 62, e basterà per pruova la dichiarazione di quell' uomo, il quale sempre diceva, che la facoltà di vedere ricuperata coll' occhio destro era superiore a quella ricuperata col sinistro, eppure in quest' occhio la pupilla era regolare, e centrale, mentre nel destro all'opposto vedevasi aperta in vicinanza al margine della cornea, ed era poco mobile perchè vincolata alla cicatrice siccome porta l' ectomia.

Inoltre vi sono pericoli, che accompagnano i metodi complicati.

§. 3. Queste a parer mio sono ragioni sufficienti a stabilire il mio assunto, che i metodi semplici debbano portar vanto sopra tutti i complicati, ma si aggiugne la considerazione, che allorquando si voglia estrarre, o allontanare la lente dalla pupilla nell' atto di eseguire la coropeja vi è sommo pericolo di eccitare l' infiammazione grave, e di trovare pochi giorni dopo la pupilla o chiusa, o impedita da cateratta secondaria.

I metodi complicati fanno ottenere una debole vista.

§. 4. Ho inoltre osservato, che se mai nell' atto dell' ectomia venisse alterata la lente, e fossimo quindi obbligati ad usare un metodo complicato, oppure se questa fosse offuscata ne' casi di atresia;

talchè la lente debbasi rimuover dalla pupilla, sempre l'occhio assoggettato ad un metodo complicato ricupererà un grado di vista molto imperfetto e la ragione di ciò è chiarissima; poichè alla deformità della pupilla, ed alla sua quasi totale immobilità aggiugnesi la mancanza della lente, che serve come più sopra ho detto a raccogliere in minore spazio un gran numero di raggi, e perciò rende più distinte le imagini sulla retina.

§. 5. Questo calcolo di ottica tanto sfavorevole ai metodi complicati viene convalidato dall' osservare, che ne' casi di coropeja consecutiva ottiensi un grado di forza visiva assai debole, ed il buon successo viene sovvente impedito dall'infiammazione traumatica, o dalla cateratta consecutiva.

Anche ne' casi di coropeja consecutiva si ottiene un grado di vista debole.

§. 6. Parmi, che dopo lette le considerazioni esposte non vi sarà alcuno il quale si possa ostinare a preferire i metodi complicati ne' casi semplici. Ne' casi però di atresia complicata sarà d' uopo metterli in pratica; dovendosi non solo aprir la pupilla, ma anche rimuoverne la cateratta, su di che verrà trattato diligentemente nel Libro terzo.

Quindi si deduce che i metodi complicati saranno convenienti ne' casi di atresia complicata.

§. 7. Resta dunque fissata la massima, che ne' casi di atresia semplice debbasi impiegare uno degli otto metodi semplici, e dobbiamo perciò scegliere fra questi i più opportuni, e determinare quando convenga impiegarli.

Posta la massima di usare i metodi semplici dobbiamo scegliere i più opportuni.

§. 8. Se si consideri l' iridotomia semplice s' intenderà, che la sola ferita dell' iride o sia questa semplice, o anche doppia; sempre induce un' apertura troppo angusta, e per la naturale tendenza che hanno le parti de' corpi viventi a ricomporsi l'apertura dell'iride sarà molto facile a restringersi.

Difetti, che si possono conoscere nel metodo dell'iridotomia.

§. 9. Infatti ho veduto praticare l' iridotomia due volte da un valente professore, e dopo dodici giorni le nuove pupille s'erano chiuse perfettamente. Aggiungasi a questo inconveniente dell' iridotomia quello ancora, che le ferite si praticano sempre trapassando l'iride entro l' occhio coi ferri, e quindi non senza pericolo di ferire con essi la lente cristallina vicina.

Pericolo di ferire la lente nell' accennato metodo.

§. 10. Anche nella pratica della dialisi semplice ho riconosciuto una tendenza della nuova pupilla a chiudersi perchè nell'anno 1809, avendo staccata per lungo tratto l'iride dal margine dentato della

Difetti sperimentati nella pratica della dialisi semplice.

coroidea in un povero nell' ospedale di Bassano ho veduto chiudersi quasi totalmente la nuova pupilla così ottenuta nel termine di 15 giorni, e nel termine di due mesi fu totalmente obbliterata, e nell'anno 1811 alla clinica di Bologna avendo estratto la cateratta col metodo laterale dall' occhio sinistro di Girolamo Rossi, osservai che nell'atto dell'operazione l'agogite distaccò l'iride dal margine dentato per lo tratto di circa tre linee, e non di meno in termine di 12 giorni questa membrana avea ricuperato il suo posto perfettamente.

Perchè si dia preferenza all' ectomia, ed al metodo della dialisi misto.

§. 11. Queste due osservazioni, e la tendenza naturale dell'iride a ricomporsi tante volte osservata quando sia stata, o ferita, o distaccata dal suo contorno per eseguire la dialisi; senza vincolarla alla cornea mi sembrano ragioni sufficienti per dare la preferenza, o al metodo dell'ectomia, o al metodo della dialisi misto, e più me ne sono confirmato in quei casi ne'quali avendo praticato il metodo misto ho recisa l'iride senza attendere, che questa membrana si conglutinasse ai margini della ferita praticata nella cornea perchè la vidi rientrare, e spandersi ad occupare gran parte del campo destinato alla nuova pupilla, e la medesima forza di ricomporsi venne da me osservata ne' pochissimi casi di ectomia in cui non ebbi cura di coreggere l'aplocia; poichè l'iride si distese, ed a poco a poco restò obliterata almeno in parte la nuova pupilla.

Difetti delle nuove pupille ottenute con questi metodi.

§. 12. Che se alcuno volesse pure insistere adducendo esempj di nuove pupille aperte co' due metodi or ora esclusi, e riuscite vantaggiose, io gli farò notare che anche in questi casi felici se le nuove pupille si fossero confrontate con quelle che siam soliti aprire mediante l'ectomia, o mediante la dialisi mista si sarebbero riconosciute picciole, e meno stabili; quindi soggette a restringersi anche dopo cessato il corso dell' oftalmia traumatica consecutiva all'operazione, il che rarissime volte osserviamo dopo la pratica de' due metodi addottati, mentre in questi casi l' iride si trova legata entro il tessuto della cicatrice della cornea.

È vantaggioso che l' iride resti vincolata ai confini del taglio della cornea.

§. 13. Nell' *annotazione VII del primo libro al §. 34*, ho dichiarato l'utilità di aprire grandi pupille, ed al *Capo XIV, pag. 160* del presente libro ho dimostrato, che giova alla durata dell'apertura il far sì, che l'iride resti vincolata ai confini del taglio della cornea dal che risulta evidentemente, che il metodo dell'ecto-

mia descritto nel problema I *pagina 142*, sarà molto vantaggioso, e poichè il vantaggio di vincolar l'iride col tessuto della cicatrice otticnsi anche nell'usare il metodo misto della dialisi sarà da calcolarsi; ma sempre si darà preferenza al metodo dell'ectomia quando si possa eseguirlo senza timore di distrugger la lente siccome ho spiegato nel *Capo XIV*, *pag. 159*.

Maggiori difficoltà alla riuscita de' metodi esclusi quando lo spazio sia picciolo.

§. 14. Faccio in fine considerare al mio lettore, che allorquando lo spazio sano della cornea sia picciolo non potendosi coi metodi dell'iridotomia, nè con quello della dialisi semplice aprire una pupilla uguale a due linee quadrate; sempre la nuova pupilla riuscirà troppo angusta. Aggiungasi poi, che con si fatti metodi il maneggio de'ferri dovendo farsi nella cavità dell'occhio, e quasi a contatto della lente vi sarà pericolo grave di alterarla, e produrre una cateratta consecutiva all'operazione pericolo che non si nota nell' ectomia di Beer.

Imperfezioni che mi determinarono a preferire l'ectomia la dialisi mista.

§. 15. Queste sono imperfezioni evidenti, e così provate dall' esperienza, che da molti anni mi determinarono a preferire il metodo dell' ectomia in generale e ad impiegare la dialisi mista soltanto ne' casi in cui la necessità di condurre i ferri verso la lente avrebbe potuto cagionare distruzione del cristallino, eppure ambedue questi metodi hanno incontrato la censura di professori di altissimo merito, i quali dissero, che la tensione dell' iride vincolata e chiusa fra i margini della ferita deve indurre una irritazione permanente nell'occhio, e di conseguenze pericolose.

Osservazioni di fatto, che valgono di pruova.

§. 16. A tale censura parmi poter rispondere come il greco filosofo, il quale ponendosi a camminare rispose col fatto ai sofismi di chi gli sosteneva non potersi dare il moto. Anzi potriano rispondere in mia vece 412 persone, le quali riacquistarono la vista col mezzo dell' ectomia, e 20 che la ricuperarono mediante la dialisi mista, poichè abbiamo osservato, che al XVI, o al più nel XVIII giorno l'irritazione era cessata interamente, nè trovavasi verun segno dell' oftalmia traumatica, e l'occhio era libero da irritazione, come se l'operazione non fosse stata eseguita.

Casi in cui l'iride viene distesa e stiracchiata senza verun danno.

§. 17. Ma poichè gli scienziati sono in dovere di togliere qualunque dubbiezza, e mostrare per via di analogie ben fondate la spiegazione delle proposizioni, che prendono a sostenere, piacemi far loro notare, che questo medesimo stiracchiamento del-

*

l'iride ha luogo in molti casi di ulcere profonda della cornea, subitochè si forma ernia dell' iride, mentre osserviamo, che quantunque l'ulcere venga accompagnata da uno stato infiammatorio dell'occhio, l'ernia sopravvenendo non aumenta l'irritazione dell' organo, e se mai guarisce, o per opera dell'arte, o per un processo felice della natura che distrugge l'ultima lamella, e dà origine al vuotamento dell'acqueo, allora cessa l'irritazione quantunque l'iride rimanga distesa, e stiracchiata come lo sarebbe negli accennati casi di pupilla artificiale.

Forma dell'iride, e sua distensione senza danno.

§. 18. Di fatti se l'anatomico ben considera la forma pieghettata dell' iride, egli subito comprende quanto la detta membrana possa distendersi senza soffrire una tensione nelle sue fibre, ed il fisiologo si rammenterà a questo proposito, che l'iride si espande nella viva luce senza indurre veruna molesta sensazione.

Si sospetta forse che la strozzatura dell' iride entro alla cicatrice possa recare molestia grave.

§. 19. Ma taluno forse mi oppone, che non già la tensione, ma bensì la strozzatura dell' iride, che esercita la cornea in quell' atto, in cui formasi la cicatrice deve esser riguardata, come un' azione traumatica pericolosa, consimile a quella di una pinzetta la quale stringa l'iride, al che rispondo, non potersi istituire un tal paragone, mentre il processo adesivo della cicatrice si fa per una specie d' innesto arterioso, e per una simpatia dirò così de' vasellini arteriosi, che s' innestano insieme, e mettono in communicazione l' iride colla congiuntiva oculare, e coi vasi della cornea, e della sclerotica: infatti dopo l' operazione di cui si tratta, e dopo la cura dell' ernia dell' iride ho veduto de' vasellini di nuova formazione, i quali partivano dalla congiuntiva, o dalla sclerotica, e serpeggiavano sopra l' iride per entro alla camera anteriore. La presenza di questi vasi sanguigni, che attraversano la cicatrice prova l'innesto de' vasi, e serve a dimostrare, che la cicatrice non si serra strettamente, ma permette la circolazione entro ai vasi sanguigni, che l' attraversano quindi l' iride compresa entro i margini della ferita non soffre compressione.

Altre pruove, che l' iride può venir compressa senza grave danno.

§. 20. Finalmente ogni professore di chirurgia avrà raccolto delle pruove nella sua pratica, le quali basteranno ad assicurarlo che le parti sensibili, se pur vengano abbracciate da parti molli recise del corpo animale vivente sopportano d'essere innestate con que-

ste senza risentir dolore, e nel caso di cui parliamo ho veduto, che per aver tagliato la cornea si formava l' ernia al momento tanto in caso di estrazione della cateratta, come in caso di ectomia, e tal altra volta sorgeva l' ernia perchè la cicatrice della cornea si era spezzata qualche giorno dopo la pratica dell' estrazione anteriore, nè mai l' infermo accusava senso di dolore al momento in cui formavasi quest' ernia, e se talvolta l' ernia dava una molesta sensazione l' infermo accusava il suo incommodo in que' momenti ne' quali agitando l' occhio l' iride erniosa andava a battere contro i margini delle palpebre ma non poteva attribuirsi ciò alla distensione dell' iride che era continua.

Pruove che mi conviusero in sulle prime a favore dell' ectomia.

§. 21. Tutte queste dimostrazioni tendenti a favorire la pratica dell' ectomia anteriore semplice le ho conosciute dopo aver praticato gran numero di queste operazioni, ma ne' primi tempi bastarono a persuadermi i felici successi ottenuti in Vienna dal Professore Beer, e la considerazione che portandosi via con tal metodo gran porzione dell' iride era improbabile, che la nuova pupilla si chiudesse, e mi restava soltanto il dubbio che sì fatta operazione potesse dare origine a grave oftalmia traumatica, oppure, che nel maneggio potesse talvolta restare alterata la lente cristallina; ma queste dubbiezze si dileguarono subitochè mi fu concesso mettere il metodo alla pruova dell' esperienza; e giudico che il mio lettore potrà accordarsi tosto colla mia opinione, quando esaminerà le storie di ectomia delle quali ho dato conto nella Annotazione VII del libro primo, e le altre ventidue che ho pubblicate distesamente in questo libro, poichè in 44 persone, che furono le sole curate in clinica coll' indicato metodo, in questo biennio, non una sola presentò l' oftalmia grave, nè la cateratta consecutiva e ciò mi pare così sufficiente a provare il mio assunto, che stimo inutile addurre ad esempio le copiose storie raccolte nel mio giornale privato.

Considerazioni a disfavore dei metodi laterali.

§. 22. Or però sorger potrebbe in animo di chi legge l' idea di farmi un rimprovero perchè io abbia con tanto calore sostenuto i vantaggi dell' ectomia anteriore trascurando le considerazioni che potrebbero favorire la pratica dell' ectomia laterale, ma basti la considerazione, che portandosi nella pratica di qualunque metodo late-

rale sempre gli stromenti in vicinanza ai legamenti cigliari, e quindi alla casula, ed alla lente vi è sommo pericolo, che il cristallino resti viziato dall' operazione, e per altro canto il taglio della cornea in caso di coropeja non essendo molto lungo non vi è quella difficoltà di guarigione, che qualche volta si è osservata dopo la pratica dell' estrazione anteriore, ed in fine se si attraversa la sclerotica non si vede, e non si può con tutta precisione regolare il corso degli stromenti, che restano in parte occultati dalla opacità di questa membrana, e non così se tagliasi la cornea.

Si conclude a favore dell' ectomia, e della dialisi mista anteriore semplice.

§. 23. Se dunque i metodi semplici debbono anteporsi ai complicati, e i metodi laterali presentano gli accennati inconvenienti chiaro apparisce, che de'quattro metodi semplici anteriori, il più efficace sarà quello dell' ectomia, il meno conducente sarà l' iridotomia, e che la dialisi mista anteriore potrà venir praticata in que'soli casi in cui vi sarebbe pericolo di urtare contro la lente se si volesse discendere coi ferri nella camera anteriore penetrandovi d' alto in basso; onde praticare l' ectomia nella parte superiore dell' iride.

Perchè si debba talvolta preferire la dialisi anteriore mista.

§. 24. Ho spiegato ormai nel *Capo XXIX* §. 4 del presente libro quali sieno i pericoli dell' ectomia quando si volesse usarla nella ceratoscotesi inferiore, ed ognuno avrà ben concepito il perchè in questi soli casi debbasi preferire il metodo della dialisi mista.

Perchè non si possa generalizzare la dialisi anteriore mista.

§. 25. Ivi ho altresì spiegato chiaramente, che la dialisi mista non si può generalizzare sì perchè in caso di ceratoscotesi superiore si anderebbe incontro agli stessi pericoli, che ne'casi opposti abbiamo attribuito all' uso dell' ectomia troppo generalizzato, come perchè il metodo misto in pari circostanze deve essere posposto all' ectomia anteriore semplice non potendosi in questo evitare con sicurezza le conseguenze dell' ifemia permanente, nè quelle di una infiammazione traumatica grave stante che l' iride ne' primi giorni, almeno, vien lasciata entro i margini della cornea ferita; e deve cadere in suppurazione.

Uso più comune dell'ectomia e casi in cui converrà usare la dialisi mista.

§. 26. Or chi potrà mai esitare a preferire il metodo dell'ectomia anteriore semplice a tutti gli altri ne'casi in cui resti sana la parte inferiore, o la centrale o una delle due laterali della cornea? Questo sarà dunque il metodo più conveniente nella mas-

sima parte de' casi di atresia semplice; e soltanto allorchè la pupilla si dovesse aprire necessariamente in alto useremo il metodo della dialisi mista, e quando l' atresia andasse complicata colla cateratta consecutiva si userà di modificare l'ectomia anteriore, come ne'casi descritti alla *pag. 233. Capo XXIII* del presente libro e se questo difetto andasse congiunto all' opacità della parte inferiore della cornea si potrà usare la dialisi mista descritta al *Capo XXVIII* §. 6. Che se poi avessimo de' casi complicati in cui l'atresia andasse congiunta alla cateratta vera, allora sarà d'uopo tenere altre regole, che spiegherò nel libro terzo sulla fine del trattato, che riguarda la cateratta perchè innanzi di trattare de' casi complicati è d'uopo, ch'io descriva tutte le regole da osservarsi nella cura della semplice cateratta.

---

# SUPPLIMENTO

*In cui si espone la concisa storia de' varj metodi proposti, ed usati finora per la corotecnia.*

## ARTICOLO PRIMO.

*In cui si dà conto dell' invenzione dell' iridotomia e parlasi, delle modificazioni portate a questo metodo.*

Arte inventata ai dì nostri.

§. 1. L'ARTE mirabile della corotecnia devesi annoverare fra i prodotti più vantaggiosi de' moderni ingegni poichè quel tanto ch' erasi praticato prima della nostra età era così imperfetto, e così poco utile, che unicamente deve considerarsi come un primo seme di quella messe, che doveasi raccogliere felicemente a' dì nostri.

Classificazione de' metodi che verrà usata.

§. 2. Darò in questo supplimento varie notizie intorno alla storia dell' arte per non mancare a quel tanto che ho promesso nel prospetto dell' opera quantunque in ciò valenti professori mi abbiano preceduto, e particolarmente il dotto Signor Beer, ed il Signor Betti traduttore della storia delle operazioni pubblicata in lingua italiana (1). In questo lavoro onde procedere con ordine seguiterò la classificazione esposta nel *Capo* I. pag. 77.

Cheselden ci presentò la prima idea.

§. 3. Tutti i dotti si accordano nell' attribuire al valente Cheselden la prima idea di usare la coropeja, ed in fatti egli ne fa menzione, e nel suo trattato di anatomia, e nelle transazioni filosofiche di Londra, M.r Morand facendo l' elogio di questo

(1) Vedi le note alla traduzione dell' opera di Curzio Spreugel intitolata istoria delle principali operazioni di Chirurgia.

eccellente maestro di chirurgia descrive con tutta eleganza quella ingegnosa idea, narrando com'egli seppe mediante un coltellino falciforme introdotto per la sclerotica aprire la nuova pupilla negli occhi di un giovine ormai giunto all'età adulta senza sperimentare il bel sentimento che ci arreca la luce.

§. 4. Or poi che è provata la difficoltà di riuscire quando vogliasi impiegare il metodo usato da quel grande maestro, ciò mi fa tanto più ammirare la di lui abilità considerando la riuscita del suo primo esperimento nel quale non si può dubitare, ch'egli impiegasse l'iridotomia laterale, metodo che incontra le difficoltà spiegate nel *Cap. XXXII. § 8.* ma è forza convenire che i metodi più difficili, ed i meno perfetti possono dare ottimi risultamenti, quando sieno per le mani di valenti maestri, e principalmente ne' primi esperimenti, perchè in questi il vivo desiderio, e la volontà determinata, non che una diligenza estraordinaria suppliscono sovvente alle imperfezioni, e giovano a superare quegli ostacoli, che incontrano i meno valenti professori, e che i più destri non possono per altro evitare costantemente, perchè la mano di quando in quando vacilla per qualche imprevveduta condizione.

Quanto sia da ammirarsi perchè riuscì coll'accennato metodo.

§. 5. Da questi principj è derivato, che tanto questo, come altri metodi sieno stati modificati, o abbandonati, o di nuovo posti in uso; secondo il genio e le opinioni de' varj chirurghi oculisti e che talvolta i meno perfetti sembrassero buoni relativamente all' abilità di chi gli eseguiva.

Da ciò ebbero principio varie modificazioni.

§. 6. Addivenne pertanto al Janin (1), che dopo aver posto in pratica il metodo di Cheselden per ben due volte senza frutto, egli dubitò perfino della possibilità che fosse mai riuscito, sebbene sia stato come ognun sà un'uomo di genio, ed un'oculista di primo ordine. Egli fu costretto a pensare, che fosse migliore espediente aprire la cornea invece della sclerotica, e per quell' apertura introducendo una cesoja acuta dopo avere attraversato l'iride praticava due tagli con cui formava una specie di nuova

Così il Janin abbandonò il descritto metodo.

(1) Vedi Memoire ec.

pupilla ben grande, e di sovvente portava via un picciol lembo dell' iride nel qual caso, egli praticava, come s'intende il metodo dell' ectomia perfezionato poi dal dotto maestro Beer.

Il Guerin praticò l'iridotomia anteriore.

§. 7. Il Guerin similmente modificò l' iridotomia di Cheselden (1) praticando la prima apertura nella cornea, e poi formando nell' iride un taglio in croce, onde aprir la pupilla, ma questi metodi venivano allora sperimentati in casi di atresia, ne' quali tutta la cornea, o almeno gran parte di essa era sana, e nella maggior parte de' casi mancava anche il cristallino perchè trattavasi di un' atresia consecutiva, condizioni per le quali di quando in quando se ne avea qualche buon successo. Ne' casi semplici in cui la lente era sana, o quando molta porzione di cornea fosse stata viziata ordinariamente nulla si faceva, e si abbandonava l' uomo alla sua disgrazia.

Wenzell praticava ad un sol tempo il taglio della cornea e quello dell'iride.

§. 8. L' abilissimo barone Wenzel addottò in seguito un metodo ben degno di un oculista, ch' era dotato di una mano felice. Egli praticava in un sol tempo col suo coltello da cateratta, il taglio della cornea, e quello dell' iride, procurando attraversarla in guisa, che restasse aperta la desiderata pupilla. Se il lembo superiore dell' iride si fosse ritirato in alto dopo aver compiuto il taglio della cornea, egli non faceva di più, ma se la falda recisa fosse discesa ad occupare il campo destinato alla nuova pupilla, egli allora introduceva per la camera anteriore le cesoje di Dawiel, e recideva una porzione della sudetta falda affinchè la nuova pupilla riuscisse stabile, ed ampia.

Sembrami che questa pratica dell' iridotomia possa dar buoni risultamenti.

§. 9. Da ciò s' intende, che nel primo caso il valente oculista praticava un' *iridotomia*, e nel secondo il di lui metodo era un' *ectomia anteriore*, il qual metodo poco differiva da quello usato dal Janin e l' abitudine, ch' egli aveva di tagliare la casula nell' atto di eseguire il taglio della cornea per estrarre la cateratta, lo avea sicuramente determinato a praticare in un sol tempo le due incisioni. Considerando il descritto metodo sembrami che fra tutti i processi dell' iridotomia questo sia quello,

(1) Maladies des yeux p. 135.

il quale potrebbe dare un maggior numero di buoni risultamenti; poichè si pratica una lunga apertura dell'iride, il taglio passa vicino al margine pupillare, il quale non avendo molta consistenza difficilmente scende in basso, e ciò dà luogo ad una mediocre apertura della pupilla.

§. 10. Quando però il professore Wenzell praticava l'*ectomia*, egli raccomandava, che si estraesse anche la lente, forse perchè dubitava di alterarla nell'atto di trasforar l'iride col ferro, o d'introdurre le cesoje nella camera anteriore.

In caso di ectomia, volle che si estraesse anche la lente.

§. 11. Fra i moderni oculisti il Signor Forlenza tanto rinomato in Parigi seguita anche al presente questo metodo, il quale però ne' casi di lente sana parmi doversi abbandonare per le ragioni dette al *Capo XXXII*.

Il Forlenza si attiene ancora al detto metodo.

§. 12. L'ingegnosissimo Professore Jurine di Ginevra pose in esecuzione l'iridotomia di Wenzel senza però estrarre la lente, e ne ottenne più fiate esito felice, ma ancorchè l'autore abbia ottenuto buoni effetti non parmi doversi render comune, e generale sì fatta pratica per le ragioni spiegate al *Cap. XXXII*.

Il Professore Jurine pratica l'iridotomia.

§. 13. Il Professore Mounoir poco si allontana dai precetti dei sullodati maestri, sennochè raccomanda di recider l'iride con direzione trasversale alle sue pliche radiate, e di farvi due tagli ad angolo rappresentanti la lettera V, perchè egli è di opinione, che sotto alle pliche suddette vi sieno fibre muscolari, riproducendo a questo proposito, e sostenendo l'opinione dell'anatomico Zinn; ma egli non dimostra all'ultima evidenza per quanto sembrami, la qualità muscolare di esse fibre. Nulla dimeno sebbene mi appaja più fondata l'opinione di Mascagni sostenuta dall'Antonmarchi, e dal Betti (1), circa la tessitura di queste fibre devesi ammettere, che la sostanza dell'iride abbia una certa attitudine a contraersi secondo la direzione delle fibre radiate, le quali vanno dal margine dentato al margine pupillare, cioè dalla periferia al centro, e queste contrazioni potrebbero avere influenza a mantener dilatata l'apertura della nuova pupilla

Il Professore Mounoir poco si allontana dalla pratica descritta.

(1) Note alla traduzione di Curzio Sprengel *istoria delle principali operazioni*.

*

quando sia trasversale alle pliche radiate. Ma a tali lusinghe si oppone quel tanto, che ho detto circa la tendenza, che hanno le parti ferite a conglutinarsi, e che più fiate ho osservato nell' iride ( *vedi cap. XXXII. §. 8. e §. 9.* ) ed altresì devesi opporre la difficoltà di potere con sì fatto metodo aprir grandi pupille, ed il pericolo manifesto di alterare il cristallino con quelle forbici, le quali debbono entrare nella camera anteriore, attraversare l'iride, aprirsi, e chiudersi in un momento in cui la lente è molto vicina alla cornea, e minaccia d'uscir fuori perchè dopo aperta la cornea l'acqueo si vuota e l'occhio si contrae.

Williams Adams eseguiva un iridotomia complicata.

§. 14. Poco si allontana dall' iridotomia il metodo usato da Williams Adams, il quale usava introdurre per la cornea un'ago a falcetta tagliente nella sua parte concava, e spinta la punta alla parte superiore della camera anteriore la piantava entro l'iride, e la squarciava, e poi tanto agitava la sunnominata falcetta, e la conduceva attraverso alla lente in guisa, che la distruggeva per lacerazione, e così ne risultava un metodo complicato ancorchè la lente fosse stata sana; talchè un tal metodo deve essere indicato col nome d'iridotomia complicata con lacerazione della lente.

Sarà stato indotto a questo dal vedere alterato il cristallino quando voleva squarciare l'iride.

§. 15. Io credo ch' egli sia stato indotto a seguir questa pratica dal vedere, che nel momento di squarciar l'iride gli accadeva sovvente di alterare il cristallino, e perchè riponeva molta fiducia nell'assorbimento essendo egli partigiano della lacerazione, il qual metodo può riuscir felice, quando la casula e la lente sieno facili a spappolarsi; ma non già in quei casi in cui vi sieno grandi porzioni di queste o membranose, o tenaci: io credo, che anche un tal metodo, di sua natura incerto, ed oscuro riuscir possa qualche volta felicemente, ma l' esito dipende più dalla natura delle parti, che dobbiamo curare di quellochè dall' abilità, e precisione dell'operatore. Inoltre devesi molto calcolare il danno di privare l' occhio della sua lente, quando fosse sana, come già si è detto ( al *capo XXXII.* ).

Questo metodo varia molto.

§. 10. La natura di questo metodo è sì poco determinata, che talora partecipa dell'iridotomia, e della dialisi; e quando poi l'iride venga divisa in fragmenti per l' urto dell'ago falcato, stantechè

notabile porzione di essa vien distrutta per causa di assorbimento così si fa un'operazione la quale può anche partecipare dell'ectomía.

§. 17. Finirò il mio discorso intorno all' iridotomia facendo notare, che i metodi proposti dai valenti Professori Donegana e Baratta in ordine alla formazione della pupilla artificiale altro non sono che modificazioni già descritte dell' iridotomia di Cheselden.

I metodi di Donegana e Baratta sono l'iridotomia

## ARTICOLO II.

### *Storia della dialisi.*

§. 1. Sembrami che il nostro valente Buzzi di Milano sia stato uno de' primi a proporre questo metodo in caso di sinizesi, e cateratta secondaria; giacchè egli dà conto di averlo praticato deliberatamente nell' anno 1788 (1) e forse questo professore avea preso norma da quel tanto, ch' era stato osservato sul distacco dell' uvea ossia dell' iride da Hoin, Chaussier, Janin, Troja (2) e tanti altri, e da quel tanto, che a lui medesimo o ad altri oculisti poteva essere accaduto nel tentare l'operazione delle cateratte. Anche il professore Assalini nel suo libro sulla pupilla artificiale stampato l' anno 1811 dice essergli accaduto di staccare l'iride nell'atto di volere estrarre la casula fin dall'anno 1786 e riferisce aver egli in questo modo ottenuta una pupilla artificiale durevole principalmente ad un occhio.

Sembra che il Buzzi fosse uno de' primi a tentar la dialisi.

§. 2. Fondato su questa specie di osservazioni il Buzzi propose, ed eseguì l'operazione di staccare l'iride dal margine dentato della coroidea introducendo un' ago lanciato, traforando la sclerotica, come usavasi per eseguire la depressione della cateratta e staccava la maggior periferia dell'iride per lungo tratto; ne' soli casi in cui era stata distrutta la lente.

Introduceva egli un ago lanciato per la sclerotica.

§. 3. Circa alla stessa epoca l'ingegnoso Professore G. Adamo Schmidt (3) in Vienna praticava la dialisi laterale, ed il nostro maestro Scarpa pubblicò in Italia la descrizione, e le storie

Schmidt praticava la dialisi a Vienna, e lo Scarpa in Italia.

(1) Vedasi memoria del Buzzi.

(2) Vedi Troja lezioni intorno alle malattie degli occhi.

(3) G. Adams Schmidt ophtalmologische Biblioteque.

risguardanti la dialisi nella sua bella opera stampata l' anno 1800. sotto il titolo di Saggio di ricerche, ed osservazioni sulle principali malattie degli occhi.

Ago differente pel diametro.

§. 4. Ambedue i valenti maestri or nominati aveano praticato qualche anno prima l'operazione di cui trattasi, e lo Schmidt impiegava un'ago molto più largo di quello usato dal Professore di Pavia.

Notasi, che i contemporanei s'incontrano nelle stesse pratiche.

§. 5. In questo caso abbiamo un'esempio di ciò che suole accadere nelle invenzioni di novelle pratiche, vediamo sovvente, che i buoni ingegni casualmente s' incontrano a fare una medesima invenzione perchè i semi delle scoperte essendo stati gittati dai loro antecessori, addiviene, che gli uomini acuti d'ingegno, ed occupati delle stesse ricerche vanno a colpire nel medesimo punto.

Applicazione della dialisi usata dal Professore Beer ne'casi complicati.

§. 6. Il professore Beer tentò perfezionare ancor questo metodo mettendo a prova i vantaggi della cherotonisi inventata da Bouchorn, e volle, che si portasse per la cornea l'ago di schmidt. Egli preferiva questo metodo ne' casi complicati in cui vi fosse stata sinizesi unita a cateratta vera, o a cateratta secondaria, ed in si fatti casi dopo avere introdotto tutta la convessità dell' ago nella camera anteriore la spingeva contro la parte superiore dell'iride e staccata questa dalla coroidea, tanto innanzi spingeva l' ago, e tanto lo agitava finchè la cateratta fosse rimasta in basso, e non adombrasse il campo della nuova pupilla.

Non volea praticarlo in caso di lente sana.

§. 7. Il metodo della dialisi non voleasi giammai usare dal saggio maestro ne'casi di lente sana; poichè vi sarebbe stato pericolo di urtarla e renderla viziata nel momento di staccare l'iride, e di già in questi casi col metodo dell' ectomia semplice avea egli ottenuto buonissimi risultamenti.

I risultamenti di questa dialisi complicata non riuscirono felici.

§. 8. Sembravami, che l'applicazione della dialisi ai casi complicati di cui ho parlato fosse molto opportuna, ma nondimeno l'effetto non corrispose alle concepite speranze, mentre questa depressione complicata indusse più fiate grave oftalmia traumatica, e la tendenza dell' iride a rialzarsi, e l' essere questa sostenuta dalla cateratta galleggiante nel vitreo erano condizioni sfavorevoli alla durata della nuova pupilla, la quale facilmente veniva a chiudersi.

§. 9. Conosciute queste difficoltà, prima che mi fossero note le modificazioni introdotte da'nostri contemporanei sono stato solito di tagliare la cornea, e l'iride ad un tempo facendovi grandissima apertura, e dopo ho tirato fuori per essa apertura lente, casula, e la falda dell'iride recisa, siccome venne con ottima riuscita praticato nell'occhio di Carlo della Santa. *Vedi Tav. I. pag. 24. n.° 36.*

Metodo sostituito a quello di sopra indicato.

§. 10. Il perfezionamento poi messo in pratica dal Professore Langhenbeck pel metodo della dialisi è tale ( *vedi cap. XXV. pag. 250. e segu.* ) che siccome ho detto devesi preferirlo anche all'ectomia ne'casi di cheratoscotesi semplice in cui vi sia un campo angusto, ed alto, e si potrà usarlo ne'casi di cheratoscotesi consecutiva; ma il detto metodo è stato così cambiato, che non è più una dialisi semplice, anzi è un metodo misto.

Perfezionamento vantaggioso introdotto dal Professore Langhenbeck.

§. 11. Non così tosto venne proposto il metodo della dialisi varj autori vi aggiunsero qualche cosa, e primo il dottor Reisinger di Berlino ha posto in uso un doppio ago, che si apre per forza d'una molla, come se fosse una pinzettina a molla (*vedi Tav. XIII. Fig. 6.* ), e con questo penetrava nella camera anteriore, e tirava fuori l'iride afferrata. Io però non me ne sono servito perchè ho conosciuto che se l'iride è presa bene anche l'ago del Professore Beer la conduce fuori con tutta precisione, e questo istromento è più semplice più facile a maneggiarsi, e men pericoloso per la lente.

Ago a pinzetta usato da Reisinger.

§. 12. Il Dottor Federico Jäger siccome ho detto ( *Capo XXV.* §. 2. raccomanda anch'egli l'uso di questo metodo, e lo rende più semplice poichè lascia l'iride distaccata nell'acqueo colla speranza, che si restringa, e non impedisca il campo della nuova pupilla; ma se il campo sano di cornea fosse picciolo non potendosi staccare che poca iride, vi sarebbe sommo pericolo, che di nuovo si chiudesse la pupilla, e quando ei fosse grande non avrei bisogno di ricorrere alla dialisi poichè allora basterebbe prolungare verso uno degli angoli il taglio della cornea, e si potrà comodamente usare l'ectomia semplice dal qual metodo si ottennero tanti felici risultamenti.

Il Dottor Jäger vuol lasciar l'iride nella camera anteriore.

§. 13. Nel caso poi, che si trovasse un campo di cornea sano il quale fosse picciolo ed alto, o quando per causa di qualche operazione preceduta l'iride fosse attaccata in basso alla cornea; allora

Conviene meglio recider l'iride tirata fuori come ho praticato.

dovendosi ricorrere al metodo misto raccomanderò sempre quel tanto, che ho detto più sopra, cioè si potrà ricorrere ál sudetto metodo, ma sarà ottimo consiglio recider l'iride incarcerata dopo le prime 24 ore, onde la nuova pupilla rimanga aperta, e veggasi presto finita l' ostalmia traumatica.

## ARTICOLO III.

### *Storia del metodo dell' ectomia anteriore.*

Prime traccie indicate dal Janin.

§. 1. Le prime tracce di questo metodo, siccome ho detto pagina 281. §. 6., ci vennero additate dal Janin perchè non fu contento della iridotomia di Cheselden.

Poco vi cambiò Wenzell.

§. 2. Poco più fece Welzell: se non che ad un tempo istesso apriva egli cornea ed iride, e non sempre egli stimava opportuno recidere il lembo ottenuto colla prima incisione.

Demours e Forlenza tiravano fuori anche la lente.

§. 3. Il Demours, ed il Forlenza si attennero da vicino al metodo di Wenzell, ma se la lente esisteva ne facevano contemporaneamente l' estrazione sul dubbio, che pel maneggio degli stromenti ricevesse qualche urto, e diventasse opaca.

Sabatier suggerisce questa pratica ma sembrava mancante di esperienza.

§. 4. Il celebre Sabatier nella sua opera di chirurgia suggeriva un metodo analogo a quello usato da' sudetti oculisti: ma sembrami, che non ne avesse fatto esperienza poichè se l' avesse posto in pratica sarebbesi avveduto, che quell' uso di alzare la cornea per fine di agire cogli stromenti nella camera anteriore cagiona sovvente opacità in quella membrana, e determina contrazioni dell' occhio pericolose per la lente.

Beer praticò l' ectomia col maggior profitto.

§. 5. Il Professore Beer poi fu quello, che seppe eseguire il metodo dell' ectomia in molti casi di cheratoscotesi in cui non si era prima tentato, e tanto lo perfezionò, che serbava il cristallino intatto; egli praticava l' operazione tirando fuori l' iride mediante l' uncino descritto alla pag. 124. e la tagliava mediante le forbici, e per causa delle molte operazioni felici di questo genere, e per la precisa descrizione delle regole venne riguardato, come il creatore della corotecnia, e deve essere stimato come uno de' capi scuola in questa materia.

§. 6. In Inghilterra il Signor Ghibson poco dopo che a Vienna il Signor Beer aveva ottenuto felici successi, praticava ancor egli un metodo, che non differisce dal suriferito, poichè apriva la cornea, e tagliava via un pezzo d'iride, ma la faceva uscir fuori mediante una pressione ch' esercitava sull' occhio appena eseguito il taglio della cornea.

Ghibson recideva l'ernia dell' iride.

§. 7. Questa maniera di procedere ha l'inconveniente, che per lo più si ottiene una pupilla troppo angusta, e quando si volesse praticare un taglio lungo nella cornea vi sarebbe pericolo di alterare, o anche perdere la lente; o almeno disorganizzare la casula.

Inconvenienti di quel metodo.

§. 8. Dalla presente storia della corotecnia chiaro apparisce, che siamo giunti per gradi alle utili pratiche di Beer, e che il genio di Cheselden fu quello, il quale aprì la strada al ritrovamento di quest' arte nuova della quale gli amatori delle cose antiche non troveranno sicuramente documenti fra le pratiche de' tempi remoti. Inoltre si comprende, che varj autori si sono serviti degli aghi, e de' metodi laterali per ravvicinare l' esercizio delle corotecnia alla pratica da essi tenuta nella rimozione delle cateratte, essendochè sono queste due operazioni molto analoghe fra loro.

Siamo giunti per gradi alle moderne pratiche.

§. 9. Questa riflessione giova a dimostrare perchè i soli partigiani dell' estrazione anteriore abbiano potuto aprirsi la strada attraverso alla cornea, e tirar fuori l' iride, e reciderla con molto coraggio onde ottenere grandi pupille senza urtare contro la lente quando fosse sana, e senza distruggerla.

I soli partigiani dell' estrazione potevano eseguir l'ectomia.

§. 10. Al cominciare di questo secolo in Francia per l' autorità di Dessault, molti aveano abbandonato il metodo dell' estrazione anteriore, in Inghilterra Percevall Pott vi si era dichiarato contrario, ed in Italia subito dopo il celebre Scarpa rimise in voga la depressione laterale di Celso, e così addivenne, che solamente in Germania si lodasse e si praticasse l'estrazione dimostrata utilissima per le felici cure di Richter, e di Barth, in guisa che allora i primi oculisti d' Allemagna si ostinarono a contrastare l' opinione elevatasi in Europa, che tendeva ad escludere interamente dalla buona pratica della chirurgia l' esecuzione dell'estrazione anteriore, ed il seguace de' due maestri or nominati il Signor Beer fu quello, che non solamente mantenne in credito la

I sostenitori dell' estrazione anteriore ebbero successo nella pratica della corotecnia.

pratica di quel metodo, ma sulle traccie de' primi oculisti di europa diede fondamento alla corotecnia, e la potè condurre a mirabile perfezione perchè ad un professore, che praticava tanto felicemente l' estrazione della cateratta non poteva riuscir difficile l'esecuzione dell'ectomia. Nella pratica dell' accennato metodo egli tanto si distinse fra i suoi contemporanei, che sembravano esagerate le più semplici descrizioni delle sue operazioni, e così recò memorabili vantaggi all' umanità, e fu di onore al secolo, ed a' suoi.

---

# ANNOTAZIONE V.

## *Sulla cura della tigna palpebrale.*

§. 1. L' attento lettore potrebbe lagnarsi ch' io non abbia dato le dilucidazioni promesse nel prospetto dell' opera quando io terminassi ora il presente libro, e perciò mi stimo in dovere di richiamare l' attenzione sua a quel tanto che indotto dalla copia de' casi citati nelle quattro prime annotazioni, ho di già spiegato, e supplirò all' intera promessa aggiugnendo per le altre materie quel tanto che non ho potuto mettere in chiaro nelle suddette annotazioni, e nelle tavole corrispondenti.

Cosa si voglia spiegare nelle annotazioni, che sieguono.

§. 2. Io non parlerò ulteriormente dell' uso delle medicine locali per la cura delle oftalmie, giacchè ne ho detto abbastanza nell' *annotazione IV. pag. 34. e seguenti*; ma dirò quì talune cose intorno alla tigna palpebrale ad oggetto di compiere quel che ho spiegato su tale argomento nel primo libro ( *Annotazione I. pag. 145 e seguenti* ).

Perchè non si parli ora delle medicine locali per la cura delle oftalmie.

§. 3. In primo luogo si deve osservare, che la guarigione ottenuta ne' sette individui indicati alla *pag. 67.* di questo libro *Tav. III.* pienamente conferma la verità di quanto ho esposto nel primo libro. In secondo luogo mi giova far notare al lettore, che abbiamo avuto l' opportunità di curare il quarto stadio della tigna di cui ho parlato alla *pag. 151.* del primo libro, poichè i nominati Farina, ed Almeida vennero guariti felicemente subito dopo eseguita la depilazione, ed i taglietti del margine palpebrale *vedi pag. 22 n.° 13. Tav. I.* in questo secondo libro.

La guarigione ottenuta ne' 7. individui conferma quanto si è detto sulla tigna, e di più abbiamo curato due infermi nel quarto stadio.

§. 4. Costoro aveano la tigna palpebrale nel quarto stadio congiunta ad un residuo di oftalmoblenorrea, e panno cronico della cornea, ma restavano tuttora cogli occhi molto viziati, quantunque l' oftalmoblenorrea, ed il panno fossero stati curati felicemente, e nel dì 13. Aprile mi determinai a praticare la depilazione de' margini palpebrali in ambedue le palpebre superiori perchè

Perchè non uscisse sangue nell' atto della depilazione, e non si usasse la pietra.

erano assai gonfj, e notando, che in questo mentre non usciva sangue, perchè i margini suddetti non erano esulcerati, stimai inutile passarvi la pietra.

Le vene coronarie gonfie mi determinano a praticare i taglietti.

§. 5. Nell'atto, che la depilazione da me si eseguiva osservai che il sangue gonfiava il margine palpebrale, e lo tingeva di un rosso livido, e quindi giudicai opportuno espediente praticare de' taglietti sul margine delle palpebre, e preso un coltello sottile e convesso feci dodici incisioni, che attraversavano le vene coronarie di cadauna palpebra superiore, e ne lasciai scorrere il sangue senza impedimento veruno.

Vantaggio osservato per la prima volta in casi che appartengono al IV. stadio della tigna.

§. 6. La descritta operazione era stata più fiate da me eseguita con vantaggio ne' casi di oftalmoblenorrea cronica accompagnata da turgidezza, e varicosità del margine palpebrale, e mi piacque vederla riuscire d' immediato vantaggio ne' due accennati casi di tigna ridotta al 4.to stadio, cosa che per l' addietro io non avea mai praticata in simili casi.

*Supplimento al trattato della trichiasi cigliare.*

Perchè si riproduca la trichiasi.

§. 1. Ho già detto nella *Annotazione III.* di questo libro § *13*, che la trichiasi è facile a riprodursi, e ne ho dichiarato la causa § *18*.

Metodo d' ippocrate sperimentato in tempo delle vacanze.

§. 2. Le molte cure praticate in quest' anno mediante l' acido solforico hanno confermato la mia opinione sull' utilità del metodo di Helling nella maggior parte de' casi; ma perchè non sembra giusto dare esclusione alle pratiche degli antichi maestri senza averle messe alla pruova dell' esperienza, così piacque al Sig. D. Antonio Grillo Aggiunto alla Catedra di clinica oftalmologica eseguire qualche tentativo del metodo descritto da Ippocrate ( *ved. libro I. pag. 130* ) e nel tempo delle vacanze estive vennero dal sullodato Professore eseguiti tre sperimenti nella scuola, il primo in persona di Antonio Testa, il secondo sopra Lorenzo Javarone, ed il terzo sulle palpebre di Vicenza Fiorentina.

Perchè un tal metodo non paresse vantaggioso ai nostri alunni.

§. 3. I giovani, che mi communicarono le storie di questi ingegnosi tentativi non rimasero menomamente inchinati a seguitare sì fatta pratica, mentre conobbero, che di molto dolore, e per lungo tempo si lagnano gl' infermi quando viene attraversata la

palpebra superiore coll' ago e col filo, e che quando si stringe la cute palpebrale con legatura, caduto il filo resta una piaga profonda sordida, e molto estesa di assai difficile guarigione.

§. 4. In seguito per maggior pruova del fatto ho interrogato gl' infermi nella pubblica scuola onde sapere se rimanessero contenti giustamente, o nò, del metodo ippocratico, e sebbene fossero guariti dalla trichiasi osservai notabile deformità al di fuori delle palpebre, ed intesi che si lamentavano, essere stata la cura assai dolorosa, che quasi poteva dirsi insoffribile, anzi fra questi alzò la voce Lorenzo Javarone citato nel primo libro perchè avea sperimentato prima il metodo di Celso, indi quello di Helling ( *vedi lib. I. pag. 99 e 129 e Tav. IV.* ) e disse *Signore poichè vi piace per vostra bontà che ognuno di noi poverelli dica schiettamente il vero, sappiate, che io non v' inganno, e anzi vi dico la verità la più schietta, e vi accerto che quel tanto che voi mi faceste l' anno passato per guarire i miei occhi è stato per così dire un divertimento è stato un nulla, in confronto ai dolori, che ho patito quando mi hanno voluto passare quel brutto filo, e legarmi la palpebra; ma poi tutti i nostri amici e parenti ci compiangevano, e ci guardavano con ribrezzo, quando viddero la piaga lasciata dal filo e ci bisognò patire assai, e per lungo tempo innanzi, che la piaga fosse tutta consumata dalla pietra infernale e venisse a guarigione*, le quali espressioni benchè dette rozzamente e goffamente valsero più d' ogni altra dimostrazione a confermare la nostra favorevole opinione in riguardo al metodo di Helling.

Parere degl' infermi sui tre principali metodi ippocratico, celsiano e di Helling.

§. 5. Nella mia pratica particolare io avea notato che per quanto erano state felici le nostre cure della trichiasi prodotta dall' urto che la cute prominente, ed aggrinzita esercita sopra le radici de' peli cigliari, altrettanto infruttuosa era stata la consueta applicazione dell' acido nella trichiasi, allorquando essa avea origine da un cangiamento di posto de' bulbi de' peli, il quale fosse determinato da materiali depositati nel margine palpebrale in mezzo ai bulbi suddetti; ed eccone un esempio notato in quest'anno clinico.

Inutilità del metodo di Helling notata già in alcuni casi.

§. 6. Antonio Lazzaro soldato semplice di questa real casa degl' invalidi, ch' era stato guarito da oftalmoblenorrea grave, e

Trichiasi per cangiata direzione de' bulbi.

dopo aver ricuperato l'occhio sinistro per mezzo dell' ectomia, quest' uomo ritornava in clinica pieno di fiducia perchè desiderava, com' egli diceva, *conservare quell' occhio ch' io medesimo gli avea ridonato*, egli era affetto dall'accennata specie di trichiasi.

Stato della palpebra inferiore sinistra.

§. 7. Nella palpebra inferiore sinistra vedevasi tutto il margine esterno in uno stato regolare, e senza che la cute di questa palpebra fosse increspata, o rugosa, e senza verun segno di urto della medesima contro i peli cigliari, vedevasi un solo gruppetto composto di cinque o sei peli, i quali tutti si volgevano contro il globo dell'occhio, ed erano già notabilmente ingrossati, io non poteva attribuire un tal cangiamento di direzione sennonchè a qualche materiale denso versatosi nel corso dell' oftalmoblenorrea fra i bulbi suddetti, ed il tarso, il quale appunto scorgevasi ingrossato ove erano le radici de' peli viziati, e ciò corrisponde puntualmente a quel tanto che ho detto nel *libro I. pag. 28 § 19, e seg.*

Indicazione presa in questo caso stantechè i peli erano pochi, e voltati in dentro per causa d' irregolare direzione de' loro bulbi.

§. 8. Feci notare agli astanti, che in questo caso per ridurre i peli alterati nel rango degli altri bisognava accorciare tanto la cute esterna, che ne sarebbe venuto una specie di ettropio, e dichiarai, che perciò il metodo di Helling, o sarebbe riuscito inefficace, o avrebbe cagionato una increscevole deformità, e poichè i peli viziati erano pochissimi deliberai di portarli via con tutti i loro bulbi.

Esecuzione dell' operazione.

§. 9. Attraversai dunque la palpebra suddetta passando un' ago curvo e un doppio filo attraverso ai bulbi de' peli rivolti addentro, e mediante due colpi di forbice diretti ad angolo sul margine palpebrale tagliai via un pezzetto della viziata palpebra che conteneva i bulbi de' peli irregolari ( *vedi Tav. XV. Fig. 3. e 4.* ). Finita l' operazione parvemi, che la palpebra fosse rimasta un pò troppo deforme, ma in pochissimi giorni la ferita si guarì, e non rimase, che un diffetto quasi impercettibile.

Regola dedotta da questa pratica.

§. 10. Tale fu il successo di questa operazione, e parvemi allora poter fissare, come regola generale che allorquando una trichiasi parziale sia causata da materiali addensati fra mezzo ai bulbi de' peli, ed il tarso; converrà sempre tagliar via i bulbi viziati insieme ad una porzione corrispondente della palpebra.

## ANNOTAZIONE VI.

### *Sui tumoretti delle palpebre, e tumori interni dell' orbita.*

§. 1. Non si osservarono in questo bienno nella clinica tumoretti delle palpebre, ma di già varj de'miei allunni ebbero occasione di osservare l'estirpazione di tali tumori da me praticata fuori della scuola, e la viddero riuscire constantemente con buona fortuna tanto se trattavasi di *porri*, o di *verruche*, siccome ancora quando abbiam voluto estirpare le *idatidi*, le quali sogliono presentarsi sul margine, e precisamente sul rivo lagrimale; queste tre specie de tumoretti si possono afferrare mediante un ago curvo che vi conduce disotto un doppio filo, e poi si tagliano via mediante le forbici. Tre specie di tumoretti delle palpebre estirpati in privato.

§. 2. I tumoretti cistici però come hanno sede al disotto della cute e precisamente in mezzo alle fibre del muscolo cigliare, o dell' orbicolare, si debbono prima mettere a scoperto mediante un taglio eseguito con direzione parallella al margine palpebrale, e praticato mediante un coltello convesso ( *vedi Tav. XV. Fig. 7* ). Dopo scoperto il cistico nel modo accennato vi si passa al disotto l'ago curvo col doppio filo, e tirandolo in fuori si porta il tumoretto sotto le forbici, che tutto lo rendono isolato e lo separono dalla palpebra, talvolta però il cistico viene spezzato dal filo, ed allora ci riesce penosa l'operazione; perchè bisogna riprenderne alcune parti mediante l'ago, o mediante le pinzette; e se in questa operazione viene compresa, e traforata la congiuntiva della palpebra si troverà molta difficoltà ad ottenere la guarigione, purchè non si usi di accostare i margini della ferita principalmente verso la parte interna mediante uno, o due punti di cucitura, e si dovrà usar la diligenza di non toglierli via se prima non sieno riuniti benissimo insieme. Molti autori preferiscono l'estirpazione eseguita dalla parte interna, e I tumoretti cistici sono più profondi, ma non ve ne furono in clinica.

senza offesa della cute palpebrale perchè temono una deforme cicatrice esterna; ma le cicatrici ottenute in questi casi sono rimaste sempre nascoste fra le pieghe della cute palpebrale, e per l'opposto la suppurazione delle palpebra eccitata verso la congiuntiva mi ha causato qualche volta oftalmie ostinate, quando non ho fatto la recisione all'esterno; sul quale argomento tornerò a parlare quando avrò occasione di riportare qualche storia analoga.

Tumori cistici orbitali.

§. 3. Nel corso di quest' anno abbiamo osservato due tumori cistici orbitali, i quali erano molto grossi, ed invece di essere posti fra la congiuntiva palpebrale, e la cute, siccome osservasi comunemente ne' cistici palpebrali, si estendevano dentro l'orbita, verso l'angolo esterno in cotal guisa, che la stessa congiuntiva palpebrale sembrava si fosse ingrossata, e distesa enormemente, la qual cosa dipendeva soltanto dall' urto, che sopra la medesima veniva esercitato dal tumore cistico.

Primo esempio di tumore orbitale e tentativo riuscito inutile.

§. 4. Il primo caso si osservò nella persona di Domenico Scafora al quale io feci una recisione della congiuntiva palpebrale verso l' angolo esterno dopo la lezione data il 10. Aprile; ma portata via appena la quinta parte del tumore non mi arrischiai di penetrare più oltre nella cavità dell' orbita, e la congiuntiva, che mi occultava il tumore, e la stessa palpebra che vi cadeva sopra, mi recarono tale impedimento che deliberai di sospendere per allora l'operazione, e di prendere invece il cistico dopo avere tagliata la cute, e la palpebra per di fuori, onde agire con tutta libertà sopra di esso senza l'imbarazzo sperimentato in questo primo tentativo.

Si presentò di nuovo lo Scafora nel medesimo stato.

§. 5. Il suddetto sperimento non servì ad altro che a conchiudere che in questi casi non sarebbe mai conducente sollevare la palpebra, e portare i ferri attraverso alla congiuntiva essendosi manifestato l'impedimento, che mi recava il corpo della palpebra, la quale cadeva sul campo del tumore, e nel giorno 12. maggio si è di nuovo presentato lo Scafora guarito già dalla ferita della congiuntiva; ma col suo tumore assai grosso, e che spingeva l'occhio in fuori producendo in parte quello sporgimento, o caduta dell'occhio all'infuori che gli oculisti sogliono riguardare come un principio di *lagoftalmo*, e che da qualche principiante potrebbesi confondere coll' idrope dell' occhio.

§. 6. L'estirpazione venne dunque fatta nel giorno 12 prima nel Varvarella, il quale presentava un cistico orbitale più grosso, ed incominciai per di fuori aprendo una lunga ferita sopra il tumore verso l'angolo esterno, attraversata così la cute, ed il muscolo orbicolare, afferrato il cistico mediante le pinzette, e gli uncini lo tagliai via a pezzi per mezzo delle forbici a cucchiajo ( *vedi Tav. XV. Fig. 4 bb. e fig. 5.* ). Estirpazione del cistico fatta nel Varvarella.

§. 7. In questo modo quantunque il tumore fosse composto di varj gruppi consimili a porzioni della glandola lagrimale, pure avendo conosciuto che trattavasi di togliere un gruppo di tumori cistici continuai la mia operazione, e mi riuscì di togliere tutto il tumore, e vidi subito l'occhio ritornare al suo posto, sicchè finita l'estirpazione ravvicinai la cute mediante due punti di cucitura, e vi posi al di fuori una faldellina di filaccica sostenuta da due listine di taffettà gommoso. Estirpazione del tumore, e sua qualità singolare.

§. 8. La medesima operazione venne eseguita subito dopo sul cistico dello Scafora, ed ambedue se ne andarono alle case loro, ma essendo ritornati ne' giorni consecutivi si rinnovarono le faldelline della filaccica ogni mattina, e tolti i punti di cucitura ch' io tagliai via nel terzo giorno, ben presto e molto felicemente si trovarono ambedue guariti come indica la *fig. 5 bb. tav. cit.* Cura dello Scafora consimile.

---

## ANNOTAZIONE VII.

### *Dell' uso d' incidere le vene coronarie palpebrali diventate varicose in caso di oftalmoblenorrea cronica e della poca utilità ottenuta dalle recisioni, o escarificazioni della congiuntiva oculare.*

§. 1. Ho detto più sopra *pag. 292* § 6, che dall'incisione delle vene coronarie palpebrali diventate, ormai varicose per effetto di cronica oftalmoblenorrea si era ottenuto notabile vantaggio, Inutili e scarificazioni, ed estirpazioni.

per la qual cosa l'accennata operazione si dovrà annoverare fra le pratiche utili della flebotomia oculistica, e di fatti in quest'anno clinico ebbi opportunità di mostrare, che per quanto fossero riuscite inutili le escarificazioni, ed estirpazioni della congiuntiva oculare; vantaggiose per lo contrario si notarono le incisioni, ossia i taglietti praticati nel margine delle palpebre.

Sperimento de' taglietti riusciti utili.

§. 2. Osservando con diligenza la *Tav. I. pag.* 22 *e* 23, *n.°* 7, si troverà sotto la data de' 12. marzo registrato l'esperimento de' taglietti delle vene coronarie palpebrali negli occhi di Vincenzo Portone, nel quale circa un mese prima erasi inutilmente praticata la recisione di varj pezzi della congiuntiva oculare ad oggetto di troncare insiem con essa i vasi turgidi di molto sangue, e vuotarli; ma sì fatta operazione anzichè riuscir vantaggiosa avea portato grave irritazione, ed avea dato origine a nuove riproduzioni di vasi morbosi sulla sclerotica, e sulle vicine parti ( vedesi scritto *sperimento recis. di cong.* ).

Inutilità e danno osservato negli occhi del Pallotta.

§. 3. Un' altro esperimento dell' inutilità di recidere la congiuntiva oculare, e farvi escarificazioni trovasi registrato alla *pag.* 25. poichè venne eseguito sugli occhi di Vincenzo Pallotta affetti da oftalmoblenorrea cronica, e panno. La recisione anzichè riuscir vantaggiosa eccitò grave traumatica infiammazione, per cui molti vasi sanguigni di nuova formazione si mostrarono sul luogo delle incisioni, e soltanto per mezzo delle consuete medicazioni locali videsi poi ridotto il Pallotta a quasi perfetta convalescenza. Leggasi la *Tavola I.* e si troverà in linea del n.° 33 *pag.* 24 *e* 25 che Vincenzo Pallotta soffrì la recisione della congiuntiva ai due occhi, ma l'esito è stato *buono per la cura consecutiva*, *l'operazione inutile*.

Caso che ci determinò ad abbandonare l'antica pratica, e preferire i taglietti.

§. 4. Dopo gli accennati due sperimenti rammentai a' miei allievi l' utilità ottenuta dai taglietti palpebrali ne' casi di Stefano Farina, e di Almeida, e nell'istesso Vincenzo Portone, e fu deliberato di abbandonare la pratica delle escarificazioni, e delle recisioni della congiuntiva oculare perchè molti consimili casi si erano osservati anche all' ospedale militare, e mi restrinsi d' allora in poi a tagliare qualche grosso vaso varicoso soltanto in caso di panno cronico, e quando l' oftalmoblenorrea fosse stata

totalmente cronica praticai le recisioni delle escrescenze carnose della congiuntiva e con molto vantaggio ho eseguito i taglietti del margine palpebrale, o nel quarto stadio della tigna, o nel caso di varicosità cronica delle vene coronarie palpebrali consecutiva all' oftalmoblenorrea.

§. 5. In varj altri casi in cui un residuo di acuzie si palesava ne' vasi della congiuntiva ho conosciuto che le escarificazioni, o le asportazioni di questa membrana non sono mai di sollievo all' infermo, come lo sono per lo contrario le applicazioni delle mignatte ben regolate, ed anche le emissioni di sangue generali casa che devesi porre in chiaro nel quarto libro.

Ne' casi di acuzie giova preferire l' applicazione delle mignatte, o altre emissioni di sangue.

## ANNOTAZIONE VIII.

### *Intorno all' encantide.*

§. 1. Nel corso di quest' anno nessuna encantide principale si presentò alle nostre cure, e soltanto avria potuto qualche principiante giudicare, che Raffaele Portone e varj altri fossero attaccati dall'indicato morbo, giacchè le caruncole erano ingrossate a motivo dell'oftalmoblenorrea, a quel modo che in altri casi erasi mostrato l' ettropio sintomatico, ma quella specie d'encantide era sintomatica, e si dissipò quando fu curata l' oftalmoblenorrea, che era la malattia principale. Varj sperimenti notati fuori di clinica mi confermarono su quanto ho detto nel *libro I. Annotazione III.* intorno all' encantide.

Nessuna encantide principale, ma varie apparenze che possono dirsi encantidi sintomatiche.

## ANNOTAZIONE IX.

### *Intorno allo pterigio.*

§. 1. Nel corrente anno abbiamo notato 16. estirpazioni di pterigio principale, ed in tutte si è confermato quel tanto, che ho notato nel *primo libro annotazione IV.* principalmente in riguardo alla tendenza dello pterigio a riprodursi, come ho detto anche nell' *Annotaz. I.* di questo medesimo libro *pag. 18*, *§. 14.* abbiamo

Necessità di ripetere l'estirpazione dello pterigio.

*

però sempre ottenuta la guarigione compiuta con qualche nuova estirpazione perchè alla seconda, o alla terza videsi distrutto; ma nel caso di Pietro Panno fu d' uopo ripetere l' operazione per ben sei volte.

Pterigio che discendeva dalla palpebra superiore osservato nel caso di Andrea Rocciola.

§. 2. Fra i cennati casi di pterigio è memorabile quello di Andrea Rocciola nel quale trovavasi un doppio pterigio combinato alla ceratoscotesi leucomatosa nell'occhio sinistro e vedevasi uno pterigio, che discendeva da quel luogo ove la congiuntiva della palpebra superiore si ripiega sul globo dell' occhio e di là veniva a terminare nel centro del leucoma. Anche in questo caso la parte più larga e grossa dello pterigio vedevasi al luogo dove la congiuntiva palpebrale ripiegasi sul globo dell' occhio, ma invece di essere verso l' angolo interno la base era in alto; il che dimostra il valore della ragione data nell' annotazione IV. del libro I. ( *vedi Rocciola* nome registrato nella *pag. 23 e 24.* di questo libro *vedi anche la Storia XIV. Tav. X. fig.* 2. ).

---

## ANNOTAZIONE X.

### *Che riguarda il panno della cornea.*

Uso della pietra infernale, e del laudano.

§. 1. Molti casi di panno della cornea si sono registrati, e quasi tutti hanno ceduto alle semplici cure locali, ma per dilucidare la natura di questa infermità, e determinare i metodi curativi occorre il trattato, che pubblicherò nel *IV. libro* sopra l' oftalmoblenorrea, e bastami ora che il lettore sia certo della utilità, che abbiamo ritratta dal nitrato d'argento solido applicato sulla congiuntiva palpebrale avendo cura di lavare le parti toccate mediante un pennellino intinto di laudano liquido concentrato.

Si è detto quali sieno i caratteri e l' origine del panno.

§. 2. I caratteri del panno, e la sua origine si trovano però descritti nel *libro I. Annotazione V. pag. 172.* e nel presente alla *pag. 49.* ho dato conto di varie cure del panno quindi non mi diffonderò più oltre su questo argomento.

# ANNOTAZIONE XI.

## *Intorno alla recisione dell' ernia dell' iride.*

§. 1. Nel Deposito Generale de' militari oftalmici dove le frequenti oftalmoblenorree producevano di quando in quando l' ernia dell'iride ho notato, che l' applicazione del caustico sebbene riesca a distruggere l' ernia, e promuova la cicatrice dell' ulcere che suole circondare, o vestire l'ernia medesima, pur non di meno è dannosa; poichè nella maggior parte de' casi determina, o lo sviluppamento di uno stafiloma, o una tale irritazione, che finisce col restringimento della pupilla, ed anche colla sinechia.

Effetto del caustico osservato in caso di ernia dell' iride.

§. 2. Conosciuta per molte pruove chiarissime la verità di questi danni io avea posto in uso al Deposito Generale la recisione dell'ernia dell' iride, e ne' casi di ernia prodotta da oftalmoblenorrea ottenni i più felici effetti che si potessero sperare dall'arte salutare.

Vantaggi della recisione dell'ernia.

§. 3. Dopo qualche tempo avendo osservato la medesima condizione morbosa in coloro i quali aveano sofferto l' estrazione anteriore della cateratta, volli recidere l'ernia, anche in questi casi con mirabile riuscita, talchè ho fissato la massima che l'ernia dell' iride si cura felicemente per mezzo della recisione, tanto se è prodotta da esulcerazione della cornea venuta per cause interne, ( come dicono i medici ), quanto se sia prodotta da ferite artificiali, o anche accidentali della suddetta cornea; ma non vi era stata opportunità di presentare le pruove del mio assunto prima d' ora nella scuola.

Ho stabilito la massima, che qualunque ernia dell'iride si può curare mediante la recisione.

§. 4. Il primo esempio fu notato in un caso per me nuovo stantechè dopo la pratica dell' ectomia videsi l' ernia dell' iride, e fu nella persona di Domenico Branchetti assoggettato all'ectomia li 23 Aprile come nella Storia X. si descrive, e nel dì 26 maggio consecutivo praticai la recisione con felicissimo esito (*ved. Tav. VI, Fig. 6.*).

Caso in cui l'ernia era consecutiva all'ectomia.

Dopo 4. giorni si trovò guarito perfettamente.

§. 5. Questo esperimento ha convinto i nostri giovani dell' utilità di sifatta recisione perchè dopo 4. giorni si trovò cicatrizzata l' apertura della cornea, ed è svanita ben presto quella traumatica irritazione che mantenevasi nell'occhio pel continuo urto dell'ernia contro del margine palpebrale inferiore, nè mai più videsi ricomparire.

Danno prodotto dall'ernia nel d'Apuzzo, perchè non aveva ancora addottato di curare l' ernia dell' iride così in simili casi.

§. 6. Questo buon successo messo a confronto di quel tanto ch' erasi notato nel caso di Alessio d' Apuzzo *pag. 242*, nel quale l' ernia dell' iride consecutiva all' estrazione anteriore della cateratta avea cagionato una perfetta atressia con sinechia; perchè allora io non avea in pratica l' uso di recidere l'ernia dell'iride causata da ferite artificiali della cornea, fece molto senso agli studiosi di clinica, i quali più fiate negli anni susseguenti notarono con ammirazione, che la recisione dell' ernia, anzichè eccitare un' irritazione traumatica diminuisce que' sintomi, che sogliono esser causati dalla presenza dell' ernia dell' iride.

Tristi effetti prodotti dal caustico.

§. 7. Allorchè mi rammento i molti casi in cui ho dovuto curare l' ernia dell' iride per due, tre, ed anche quattro mesi innanzi di poterla togliere mediante il caustico, e che dopo tante cure, e molta molestia finì l'ernia lasciando una cecità cagionata da atressia con sinechia. Debbo far molto caso di queste pratiche le quali se non sono invenzioni novelle pei grandi maestri erano state però disapprovate e trascurate a torto, e debbono in oggi rimettersi in uso pel bene dell' umanità.

---

# ANNOTAZIONE XII.

## *Intorno alla demolizione dello stafiloma.*

§. 1. Il successo ottenuto in casi ne' quali gli stafilomi erano assai prominenti, e minacciavano grave disordine, come si dice nell' *Annotazione III. libro I.* mi animò a tentare un'estirpazione dello stafiloma totale della cornea in un caso in cui l'uomo non poteva aver cura di se, nè lasciare i consueti lavori.

Perchè abbia voluto tentare l'operazione in un uomo, che non poteva curarsi.

§. 2 Si presentò alla clinica un condannato a' lavori forzati per nome Ferdinando Marcucci, costui avea l'occhio destro perfettamente sano, ed il sinistro già disorganizzato in tutta la cornea per causa di stafiloma formatosi dopo una grave oftalmoblenorrea. Egli mi disse *se voi credete potermi levare questa carne cresciuta l'avrò per grande carità, mentre assai mi tormenta; ma se volete che mi sia permesso stare a letto per questa cura, mi riuscirà difficile averne da' superiori la permissione.* Allora considerata la volontà e la robustezza del paziente gli risposi *posso farlo.* Avvisai dunque la gioventù, che mi pareva utile determinare coll'esperienza se convenisse, o nò estirpare lo stafiloma quando l'uomo debba continuare nell'attività di un sano.

Domanda di un uomo, che avea stafiloma totale.

§. 3. Passai un' ago curvo attraverso allo stafiloma, e così impadronitomi della parte centrale col mezzo di un doppio filo tagliai di sotto un pezzo dello stafiloma, mediante un coltello da cateratta che lo attraversò, e dopo colle forbici ne distaccai la parte superiore in guisa che ne tolsi un pezzo centrale dell' estensione di quattro linee quadrate poco più; nè si perdè altro se non l'umor acqueo, perchè tosto chiusi le palpebre dolcemente e vi applicai sopra due listine di drappo gommoso onde agglutinarle.

Esecuzione dell'operazione.

§. 4. Dopo alcuni minuti il Marcucci se ne andò via, e decorsi appena otto giorni si presentò di nuovo dicendomi che sempre avea lavorato senza provar molestia nell'occhio; e passato il *XII.*

Riuscita dell'operazione.

giorno, tolto di drappo gommoso trovai una pseudomembrana pochissimo prominente, come sarebbe una cornea sana, ma invece era opaca, questa si era formata nel luogo dello stafiloma, e sempre il buon galantuomo si mostrò contento della riuscita della nostra operazione perchè l' occhio non più gli doleva, ed era meno deforme.

---

## ANNOTAZIONE XIII.

### *Sull' utilità comparativa de' metodi per allontanare la cateratta dalla pupilla.*

Il confronto de' successi è stato favorevole all'estrazione anteriore.

§. 1. Avendo esposto il risultamento delle nostre pratiche tanto favorevole all'estrazione anteriore (*pag. 20 e seg.*) stimo inutile trattare questo argomento, e mi riserbo a parlarne distesamente nel *terzo libro*, nel quale darò il trattato della cateratta.

FINE DEL SECONDO LIBRO.

---

*N. B.* Questo secondo libro incominciato nel 1824 si pubblica alla fine del 1825, perchè l' Autore è stato assente da Napoli per varie commissioni di cui lo hanno onorato i nostri Sovrani.

# SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE IN RAME.

## TAVOLA I.

*Dimostra l'ectomia anteriore applicata ad un caso di ceratoscotesi e presenta due momenti della punzione; vedesi inoltre la presa, ed il taglio dell' iride.*

La Figura I. indica le posizioni dell'infermo, dell' oculista pronto a fare il taglio, e dell' assistente, che tiene ferma la testa, e le palpebre standosi ritto in piedi.

La Figura n.° 1. rappresenta l' occhio sinistro di Gennaro de Maso, ch'era amaurotico, e con macchie bianche sulla casula anteriore.

La Figura n.° 2. è copiata dall'occhio sinistro nel quale il leucoma occupa il centro e la parte superiore, producendo ceratoscotesi superiore.

Da Figura n.° 3. rappresenta il coltello A diretto a cominciar la punzione.

La Figura n.° 4. rappresenta il medesimo occhio ed il coltello b nella direzione che prende, quando compiuta la punzione si dirige a dar fine al taglio della cornea.

La Figura n.° 5. indica la formazione dell' ernia, che si presenta dopo compiuto il taglio della cornea.

La Figura n.° 6. è destinata a rappresentare la direzione delle pinzette al momento di tagliar l'iride, la pinzetta I.ª è nella direzione con cui sono solito afferrar l' iride, e la pinzetta II.ª è la medesima trasportata nella direzione la più opportuna onde recider molta parte dell'iride; dopo averla presa. BB. sono gli estremi, o le branche, ed AA è il corpo della pinzetta.

La Figura n.° 7. serve a dimostrare come si recida il secondo pezzo d'iride portandolo sotto le forbici di Dawiel, onde allargare la prima apertura della pupilla.

La Figura n.° 8. serve a rappresentare una pinzetta mal costrutta, che fa caoleva in B, quando le dita AA. la serrano con forza, e che perciò si aprirebbe invece di stringer l' iride.

## TAVOLA II.

*Serve a dimostrare come tolgasi l' ifemia, indica la ferita dal basso all' alto, e la maniera di prendere in mano il coltello.*

La figura n.° 1. rappresenta lo spaccato di una lama e serve ad indicarne il profilo in grandezza naturale; A rappresenta lo stesso spaccato ingrandito colla lente.

La figura 2. rappresenta un coltello di Stodart della prima forma, vale a dire colla punta aa. alquanto inclinata verso il taglio, e col dorso convesso all' estremità.

La figura 3. rappresenta un coltello di Stodart della seconda forma, cioè col dorso aa. rettilineo in punta, e serve a dimostrare, come si debba afferrare il coltello al momento di eseguire il taglio della cornea.

La figura 4. rappresenta l' occhio destro di Gennaro Pontieri, ch' era distrutto per causa d' ipopio preceduto.

La figura 5. rappresenta l'occhio sinistro affetto da leucoma al centro, e da residuo di panno al contorno, talchè l'iride non si discerne con precisione.

La figura 6. indica l' occhio, che rifugge, e si nasconde sotto la voltà orbitale nell' atto di traforare la cornea mediante il coltello D.

La figura 7. rappresenta la formazione della pupilla nell'alto, mentre la pinzetta dentata AA. BB. tira fuori l' iride, e mostra la posizione della nuova forbice da me inventata per l' uso di recider l' iride.

La figura 8. rappresenta il medesimo occhio con ifemia, e la pinzetta acuta, che è nell' atto di tirar fuori un grumo di sangue.

La figura 9. rappresenta il medesimo occhio dopo la formazione della pupilla artificiale, si noti, che la tinta, ed i raggi dell' iride, come ancora la tinta fosca della nuova pupilla si mostrano in confuso perchè la cornea è ingrombrata da residuo di panno.

## TAVOLA III.

*Dimostra il terzo tempo della punzione, e la ferita accidentale dell'iride, come anche la cateratta prodotta da ifemia.*

*Questo caso potrebbe esser riguardato come una sinizesi, se non vi fosse complicazione di sinechia, leucoma, e residuo di panno alla cornea sinistra, la pupilla non è interamente chiusa dalla ceratoscotesi, ma ristretta, e chiusa dalla cateratta spuria.*

La figura 1. è il ritratto dell' occhio destro, che aveva totale leucoma della cornea essendone stata esulcerata la intera superficie nel tempo dell'oftalmia grave.

La figura 2. rappresenta l' occhio sinistro, e vedesi la pupilla trasportata in alto perchè l' iride si è fatta aderente al leucoma della cornea, vedesi inoltre la pupilla tutta ristretta, ed occupata da una cateratta spuria.

La figura 3. rappresenta il coltello, che trafora la cornea, e l' occhio, che sfugge.

La figura 4. dimostra come il coltello conduca l' occhio dopo aver compiuta la punzione nella quale però è stata attraversata l' iride.

La figura 5. rappresenta il medesimo occhio sinistro, dopo la prima operazione in cui l' istmo, che attraversava la pupilla congiunto ai residui della cateratta spuria ingombrano il campo, ove si era tentato aprire la nuova pupilla.

La figura 6. serve ad indicare quella cateratta spuria prodotta dall' ifemia, che ingombrava la nuova pupilla, dopo la seconda operazione tentata in ques' occhio.

La figura 7. dimostra come fosse aperta e libera la nuova pupilla nell'occhio sinistro del Benevento, dopo la terza operazione in cui venne tolta la cateratta spuria prodotta dall' ifemia.

La figura 8. serve a rappresentare un ago chirurgico col doppio filo di cui ci serviamo, o per afferrare cistici, e stafilomi, o per dar punti di cucitura, o per fermare l' occhio, siccome è spiegato nell' opera.

## TAVOLA IV.

*Dimostra il compimento della punzione praticata nella parte superiore della cornea, le pupille non sono omologhe, la recisione dell' iride si manifesta eseguita in tre tempi. Esempio di due pupille non omologhe formate negli occhi di Salvatore Cassese.*

La figura 1. rappresenta la Pica di Pamard.

La figura 2. serve a spiegare quale direzione si voglia dare al coltello, quando si deve aprir la pupilla in alto, e verso l'angolo esterno.

La figura 3. rappresenta una ceratoscotesi inferiore ristretta in guisa che la nuova pupilla si è potuta aprire in alto, e verso l'angolo esterno.

La figura 4. rappresenta un leucoma centrale nell'occhio sinistro, e serve a spiegare con quale direzione si cominci la punzione della cornea.

La figura 5. rappresenta il momento della incisione dell'iride presa colla pinzetta dentata, e vedesi la cesoja a molla, che sta per tagliar via l'iride fuori dell'occhio.

La figura 6. indica il momento in cui la pinzetta acuta tira fuori il lembo dell'iride, che riguarda l'angolo interno, e lo impegna nell'estremità del taglio della cornea.

La figura 7. rappresenta il momento in cui la pinzetta acuta tira sotto alle cesoje l'altro lembo dell'iride, che riguarda il canto esterno dell'occhio e lo porta all'altro margine della ferita.

## TAVOLA V.

*Caso di ceratoscotesi stafilomatosa; dimostrasi il taglio accidentale dell'iride, la formazione del dentello, ed il pericolo che si perda la lente.*

La figura 1. rappresenta il depressore di *Casamatta* col peso *a* che ho stimato opportuno aggiungere onde mantenere aperta e depressa la palpebra inferiore.

La figura 2. rappresenta l'occhio destro di Lorenzo Vecchione in cui la cornea era stata tutta esulcerata, e s'era cangiata in un totale stafiloma; e vedevasi un residuo dell'oftalmoblenorrea.

La figura 3. rappresenta l'occhio sinistro del Vecchione con parziale stafiloma al centro, sinechia e ceratoscotesi, vedesi un residuo di oftalmoblenorrea, e panno della cornea, come osservavasi al momento dell'operazione.

La figura 4. serve a dimostrare il momento in cui la punzione è già compita dal coltello *a*, e vedesi l'iride, che è stata traforata in guisa che nel compiere il taglio della cornea vi si forma un dentello.

La figura 5. dimostra il momento in cui volendo portare la pinzetta acuta ad afferrare il dentello dell'iride usciva dall'occhio porzione della lente, che minacciava di perdersi.

La figura 6. rappresenta il medesimo occhio venti giorni dopo l'operazione epoca in cui il dentello si era disteso, e la nuova pupilla s'era impicciolita.

## TAVOLA VI.

*Questa è destinata a dimostrare l'aplocia, e l'ernia dopo l'ectomia, veggonsi indicati i grandi tagli eseguiti per la coropeja.*

*In questo caso le cornee erano molto grandi, vi era residuo di oftalmoblenorrea, e ceratoscotesi leucomatosa centrale ad ambe gli occhi.*

La figura 1. rappresenta il leucoma centrale dell'occhio destro, ed il coltello *a* che attraversa la camera anteriore d'alto in basso.

La figura 2. dimostra la formazione dell'ernia dell'iride prodotta dal taglio della cornea, e l'apertura della nuova pupilla, che si mostrava innanzi che l'iride fosse stata tagliata via.

La figura 3. indica l'effetto della pinzetta acuta, che tira fuori uno dei lembi dell'iride perchè la cesoja a molla lo porti via.

La figura 4. rappresenta il momento in cui la pinzetta acuta sta tirando fuori il lembo dell'iride verso l'angolo esterno, e serve a spiegare come possa impicciolirsi la nuova pupilla nell'atto in cui tiriamo fuori dall'occhio notabili porzioni dell'iride, infatti si vede più grande la nuova pupilla nella figura n.° 2., minore in quella n.° 3., e minore in questa perchè le pieghette dell'iride si sono distese.

La figura 5. rappresenta l'occhio sinistro nel quale una porzione della pupilla era aperta verso l'angolo esterno, e vi è disegnato il coltello di Richter *b* nell'atto di eseguire la punzione discendendo.

La figura 6. è ritratta dall'occhio sinistro del Branchetti sedici giorni dopo

l' esecuzione dell' ectomia, e vedesi la nuova pupilla aperta come altresì l' ernia dell' iride consecutiva, e la cesoja *aa* a becco di Grue, che è nell' atto di recidere l' ernia.

## TAVOLA VII.

*Si dimostra la totale estrazione dell' iride, onde evitar l' aplocia formatasi dopo la prima recisione della sudetta membrana, e si rappresenta la ferita del taglio.*

*Il leucoma occupa la parte inferiore, ma lascia un campo verso l' angolo esterno di cui si è voluto profittare per formar la pupilla nell' occhio destro.*

La figura 1. rappresenta l' occhio destro nell' atto in cui il coltello *a* stà per compiere il taglio della cornea.

La figura 2. rappresenta la nuova pupilla assai picciola, e quasi lineare come mostravasi dopo il primo taglio dell' iride per causa dell' aplocia.

La figura 3. rappresenta il momento in cui afferrata l' iride, l'occhio del Peretti si è voltato improvvisamente, e tutta l' iride si è distaccata senza che vi fosse il tempo di tagliarne via colle cesoje *bb* una porzione, e l' *ectomia*; perciò divenne una vera *dialisi*.

La figura 4. rappresenta l' occhio destro del Peretti dopo la guarigione, e dimostra chiaramente, quanto fosse grande la nuova pupilla, e che l'iride mancava sebbene l' occhio risanato vedesse.

La figura 5. è presa dall'occhio sinistro incurabile perchè tutta la cornea è offuscata da leucoma.

## TAVOLA VIII.

*Presenta due pupille separate in un solo occhio, il coltello taglia la cornea in alto e verso l' angolo interno, tutta l' iride viene portata via a brani dalle pinzette.*

La figura 1. rappresenta il levatore di Pellier.

La figura 2. è presa dall' occhio del Mascetera in istato di atrofia.

La figura 3. rappresenta l' occhio sinistro dopo che era stata eseguita l'ectomia alla parte inferiore con quel successo, che poteasi sperare stante il campo ristretto lasciato dal leucoma.

La figura 4. serve a spiegare con quale direzione il coltello *a* sia stato condotto nell' eseguire la punzione della cornea per la seconda operazione.

La figura 5. indica i due momenti ne'quali non potendosi tagliar via l'iride secondo il solito, mi son contentato di strappare i due lembi e gli ho portati via a brani, l' uno mediante la pinzetta *a*, l' altro mediante la pinzetta *b*.

La figura 6. è presa dall' occhio del Mascetera dopo la guarigione, e dimostra come vi fossero due pupille una superiore *d* l' altra inferiore *c*, ambedue praticate nel medesimo occhio in due tempi differenti, eppure l' occhio vede con sufficiente distinzione quantunque mancante dell'iride.

## TAVOLA IX.

*Caso di ceratoscotesi prodotta dal panno della cornea, il campo sano non è in luoghi omologhi, si rappresenta un' ulcere, che è guarita subito dopo la coropeja.*

La figura 1. dimostra il panno, che nascondeva la pupilla occupando principalmente il centro, ed il canto esterno della cornea destra, esso và accompagnato da piccioli leucomi centrali, si osserva anche un residuo dell' oftalmoblenorrea.

La figura 2. è presa dal medesimo occhio del Lancia dopo la guarigione, e dimostra la nuova pupilla aperta per ectomia verso l' angolo interno alla parte inferiore.

La figura 3. rappresenta l' occhio sinistro col panno, e piccioli leucomi centrali occupanti il centro della cornea, prima che l'occhio fosse assoggettato all' operazione.

La figura 4. dimostra il momento in cui l' iride tirata sotto alla cesoja dalla pinzetta *b* si è lacerata lasciando un dentello.

La figura 5. dimostra il momento in cui la pinzetta acuta vien portata nell' occhio, onde togliere il dentello dell' iride.

La figura 6. è presa dall' occhio medesimo, e denota la guarigione dell' ulcere *c*, e la formazione della nuova pupilla, la quale però è occupata in parte dal dentello dell' iride, che non si potè toglier via nel momento dell' operazione.

## TAVOLA X.

*Vi era oftalmoblenorrea cronica, e residuo di vista in ambedue gli occhi del Rocciola, e nel sinistro vi erano due pterigj.*

La figura 1. rappresenta il leucoma centrale occupante la pupilla destra

e vedesi una parte di essa verso l' angolo esterno occupata però da cateratta spuria.

La figura 2. è presa dall' occhio sinistro, prima, che si estirpassero i due pterigj, la pupilla in gran parte libera mostrasi di sotto al leucoma.

La figura 3. è ritratta dall' occhio destro dopo la guarigione, e presenta in basso la nuova pupilla per cui l' uomo vedeva.

La figura 4. è ritratta dall' occhio sinistro dopo la guarigione, e veggonsi tolti via gli pterigj, ed aperta in basso la nuova pupilla che si estende alquanto verso l' angolo esterno.

La figura 5. rappresenta l' ago ad uncino del professore Beer col bottoncino aggiuntovi in *C* onde si trovi sempre l' indizio del lato verso cui stà rivolta la punta, ossia il becco *b*.

## TAVOLA XI.

*Un'iritide accompagnata da ipopio avea distrutto l'occhio sinistro in seguito di una ceratonisi. Si rappresenta l'ectomia applicata ad un caso di sinizesi, e cateratta secondaria nell' occhio destro.*

La figura 1. rappresenta l' occhio destro nel momento in cui la punzione della cornea è finita essendosi tagliato in un sol tempo cornea, iride, e cateratta secondaria.

La figura 2. è copiata dall'occhio destro dopo compiuto il taglio, e vedesi la cicatrice della cornea di color blò trasparente, e la cateratta secondaria biancastra discesa in basso dopo il taglio.

La figura 3. dimostra la pinzetta dentata, che ha preso l' iride e la cateratta secondaria, e serve a spiegare come l' iride venga tirata fuori unitamente alla cateratta suddetta.

La figura 4. è presa dall' occhio destro dell'Acampora dopo la guarigione e mostra la nuova pupilla fuori del centro, e libera dagl' impedimenti del leucoma, e della cateratta secondaria.

## TAVOLA XII.

*Vi era in questo caso la sinizesi con forte sinechia in basso, e tenue cateratta secondaria nel destro occhio, e perciò si praticò la dialisi anteriore secondo gl'insegnamenti del professore Beer.*

La figura 1. è presa dall' occhio destro del d'Appuzzo prima dell' operazione, e vedesi in quello la pupilla ristretta, e vicina al leucoma lasciato

dall' ernia dell' iride, ed è rappresentata la cateratta secondaria nel luogo della residua pupilla, ove osservasi un vasellino sanguigno il quale dalla superficie della cornea passa alla superficie dell' iride.

La figura 2. rappresenta il momento in cui l'ago curvo, dopo avere attraversato la cornea, urta nell'iride, ed incomincia a staccarla dalla periferia superiore della coroidea.

La figura 3. indica la direzione dell' ago al momento in cui avendo staccato molta parte dell' iride compiesi l' apertura della nuova pupilla.

La figura 4. è copiata dall' occhio sinistro del d' Apuzzo col quale egli vede assai chiaramente sebbene la pupilla sia discesa in basso, e l' iride veggasi aderente per lungo tratto alla cicatrice della cornea stata aperta.

La figura 6. serve a rappresentare la forma dell'ago curvo dello Schmidt, vedesi la sua convessità in *c d* ed il bottone in *b*. che ho posto in uso onde conoscere facilmente la direzione della punta *c*.

## TAVOLA XIII.

*Si dimostra la pratica della dialisi di Langhenbeck, e due momenti dell' azione dell' uncino.*

La figura 1. rappresenta l'occhio sinistro del Solla prima dell'operazione, vedesi lo stafiloma alla parte inferiore, e l'iride, che trasparisce confusamente essendovi un residuo di panno nella parte superiore della cornea.

La figura 2. rappresenta il momento in cui l' uncino del Beer incomincia a distaccar l'iride in alto.

La figura 3. indica il momento in cui la falda dell' iride già distaccata vien tirata fuori dell' occhio dall' uncino medesimo.

La figura 4. rappresenta il medesimo occhio dopo fatta l' operazione, e prima, che la falda dell' iride fosse suppurata.

La figura 5. serve a spiegare come si tagli la falda dell' iride, tirata fuori nel caso di dialisi mista, mediante la cesoja a becco di Grue.

La figura 6. rappresenta il doppio uncino di Reisinger aperto, e mancante della parte inferiore del manico.

La figura 7. rappresenta l' ago lanciato, che il Professore Beer usava onde praticare la ceratonisi per lacerazione, ossia per incisione della lente, istromento usato con vantaggio, onde aprire la cornea per quanto bisogna all' introduzione dell' ago uncinato ne' casi di dialisi mista

## TAVOLA XIV.

*L' occhio destro del Bevevino era sano, il sinistro avea la pupilla ingombrata da cateratta spuria con sinizesi. Era sana la cornea, e la lente. Si eseguisce l' ectomia, e togliesi in parte la cateratta spuria.*

La figura 1. rappresenta lo stato della pupilla sinistra, ed il coltello che ha già compiuta la punzione, e che stà per finire il taglio della cornea.

La figura 2. rappresenta il momento in cui la pinzetta dentata tira fuori l' iride, e la cateratta spuria portandola sotto il tagliente delle cesoje a molla.

La figura 3. è presa dall' occhio sinistro dopo la guarigione, e dimostra che si era aperta grande pupilla tagliando via altresì porzione della cateratta spuria.

La figura 4. rappresenta l' occhio destro sano.

## TAVOLA XV.

*Le figure 1 e 2, sono ritratte da Antonio Lazzaro nel 1817. Le figure 4 e 5, dallo Scafora, e la 6 dal Marcucci.*

La figura 1. rappresenta l' occhio destro dopo la formazione della pupilla artificiale in cui era sopravvenuta parziale trichiasi per deviazione di un gruppo de' bulbi de' peli.

La figura 2. è ritratta dall'occhio medesimo dopo la guarigione della palpebra da cui erano stati estirpati i bulbi de' peli.

La figura 3. rappresenta le cesoje a cucchiajo, che sono solito adoperare per estirpare i tumori cistici, ed anche i bulbi de' peli.

La figura 4. rappresenta l' occhio sinistro dello Scafora sporgente in fuori per causa del tumore orbitale esteso in *aa*, *bb*.

La figura 5. è copiata dall' occhio dello Scafora dopo la guarigione, e vi è indicato in *bb*. il luogo pel quale è stato tirato fuori il tumore anzi vedesi il segno lasciato dalla cicatrice della ferita.

La figura 6. è ritratta dall'occhio sinistro del Marcucci il quale era affetto da voluminoso, ed incomodo stafiloma totale della cornea.

La figura 7. rappresenta il coltellino convesso tanto opportuno per eseguire i taglietti delle vene coronarie palpebrali, e per compiere la recisione de' tumori cistici, dello pterigio ec.

# INDICE

DEL

# SECONDO LIBRO.

---



*

*Trattato di Corotecnia.*

SUA ECCELLENZA REVERENDISSIMA

# MONSIGNOR D. CARLO MARIA ROSINI

VESCOVO DI POZZUOLI, PRESIDENTE DELLA REGIA UNIVERSITA' DEGLI STUDJ, E DELLA GIUNTA DI PUBBLICA ISTRUZIONE.

ECCELLENZA

GIOVANNI MARTIN dovendo dare alle stampe il 2.° Volume dell' Opera del Professore Signor D. GIO. BATISTA QUADRI intitolata *Annotazioni prattiche sulle malattie degli occhi* ec., prega l' E. V. compiacersi di accordargliene il permesso.

Napoli 11 Ottobre 1823.

GIOVANNI MARTIN.

---

*A di 14 Ottobre 1823.*

PRESIDENZA DELLA GIUNTA DI PUBBLICA ISTRUZIONE.

Il Regio Revisore Signor D. Giuseppangiolo del Forno avrà la compiacenza di rivedere l' Opera soprascritta, e di osservare se vi sia cosa contro la Religione, ed i dritti della Sovranità.

*Il Deputato per la revisione de' libri*
Canonico FRANCESCO ROSSI.

Son di avviso, che se ne possa permetter la stampa, non essendovi cosa contraria a' sacri dritti della Sovranità, alla Religione, è al buon costume.

*Regio Revisore*
GIUSEPPANGIOLO DEL FORNO.
*Napoli 30 Ottobre 1823.*

---

PRESIDENZA DELLA GIUNTA DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE.

Vista la domanda dello Stampatore Giovanni Martin, con la quale chiede di dare alle stampe il secondo volume delle *Annotazioni Pratiche sulle malattie degli occhi* del Signor D. Gio. Batista Quadri.

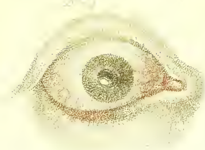
Visto il favorevole rapporto del Regio Revisore Signor D. Giuseppangiolo del Forno.

Si permette che l' indicato Volume si stampi; però non si pubblichi senza un secondo permesso, che non si darà se prima lo stesso Regio Revisore non avrà attestato di aver riconosciuta nel confronto uniforme la impressione all' Originale approvato.

*Il Consultore di Stato Presidente*
ROSSINI.
*Il Consultore di Stato Segretario Generale,*
*e Membra della Giunta*
LORETO APRUZZESE.

# ERRATA DEL SECONDO VOLUME.

| | ERRORI. | CORREZIONI. |
| --- | --- | --- |
| Pag. . 27 riga. 2. | Staf. al destr. sperimento | Staf. al sin. sperimento. |
| — *ivi* — *ivi* | b. 1 il sin. era sano | il dest. era sano. |
| — 221 — 20. | che sapesse leggere, e scrive | che sapesse leggere e scrivere. |
| — 253 — 16. | *Vedi Tav. XIII. Fig. 6.* | *Vedi Tav. XIII. Fig. 2.* |
| — 255 — 27. | venga | viene. |
| — 261 — 13. | il giovanetto si vistabili | il giovanetto si ristabilì. |
| — 262 — 26. | ebbe lunga duroata | ebbe lunga durata. |
| — 283 — 20. | sennochè | sennonchè. |
| — 286 — 15. | cherotonisi | cheratonisi. |
| — *ivi* — 18. | si | sì |
| — 297 — 7. | *Tav. XV. Fig. 4. bb, e Fig. 3.* | *Tav. XV. Fig. 4. bb, e Fig. 5.* |
| — 299 — 11. | casa che devesi | cosa che devesi. |
| — 300 — 30. | alla *pog. 49.* | alla *pag. 49.* |
| — 304 — 1. | giorno, tolto di drappo. | giorno, tolto il drappo. |





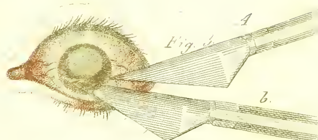
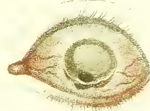
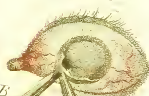
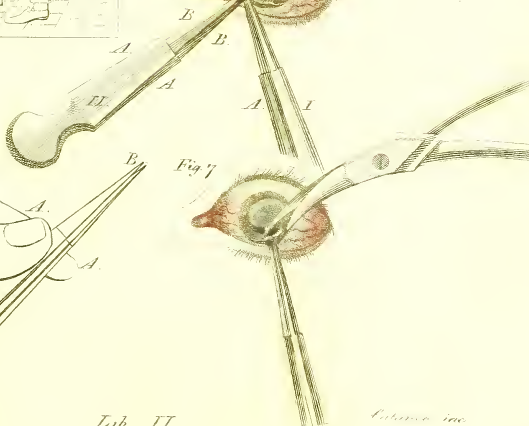
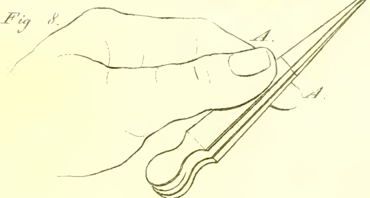



Fig. 1.




Quadri del

Lib. II.

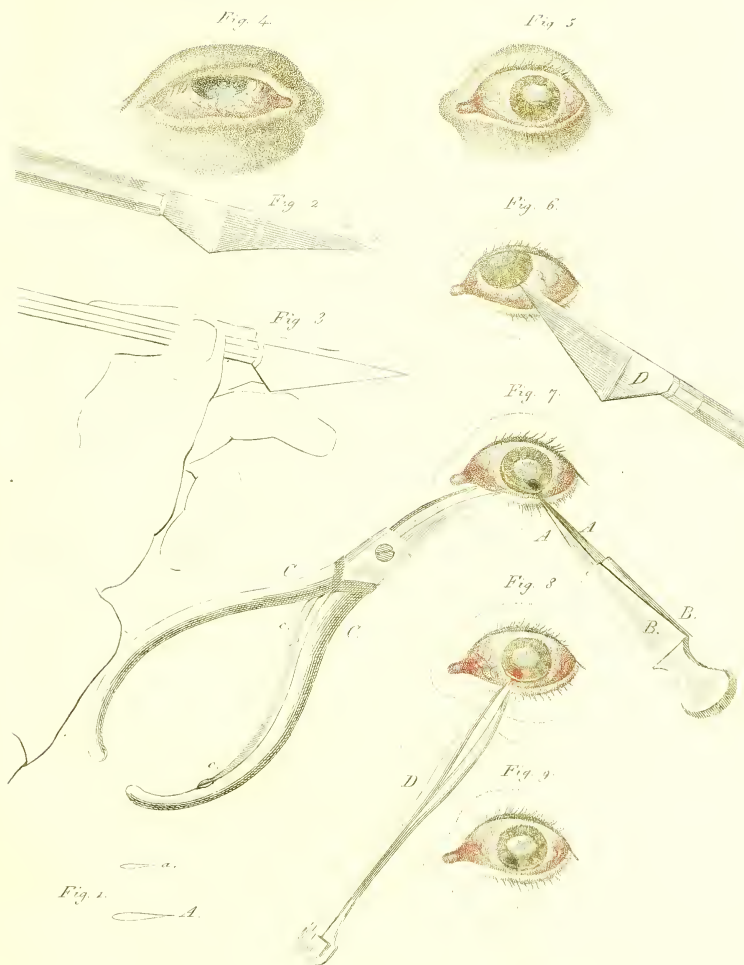

Fig. 4.
Fig. 5
Fig. 2
Fig. 6.
Fig. 3
D
Fig. 7.
A
A
C.
c.
C.
Fig. 8
B.
B.
D
Fig. 9.
c.
a.
Fig. 1.
A.

Fig. 1

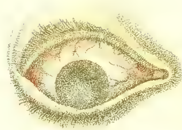


Fig. 2

b

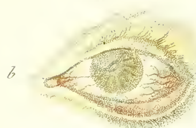
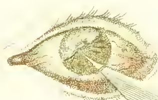


Fig. 3.



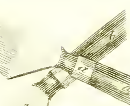
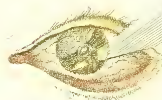



Fig. 4.



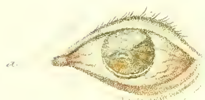
g

Fig. 5.



Fig. 6.

a



i

Fig. 7.

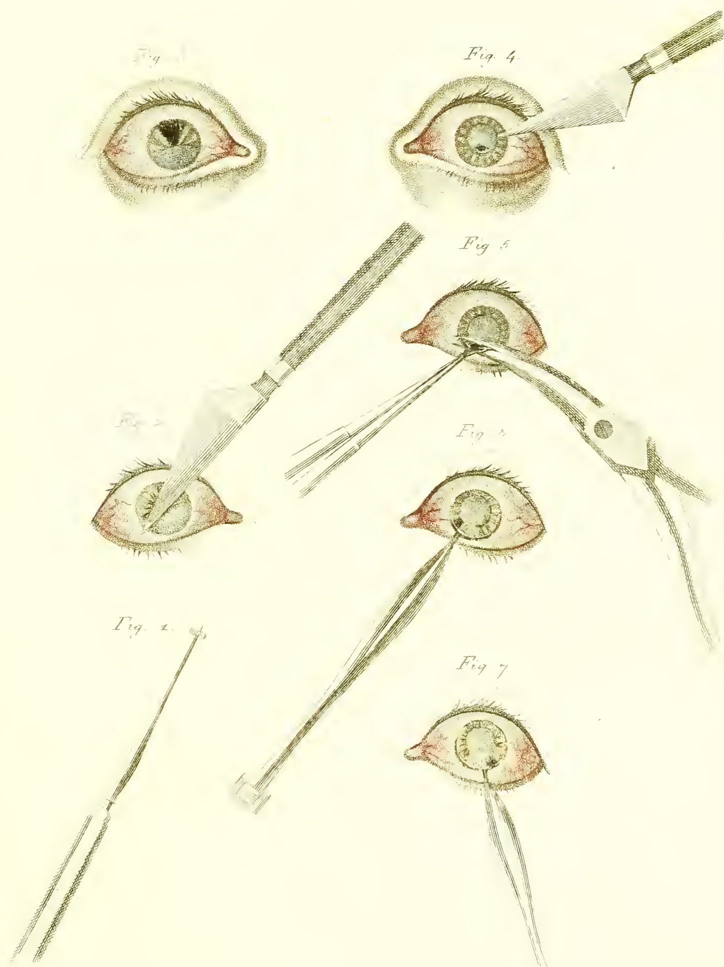
d



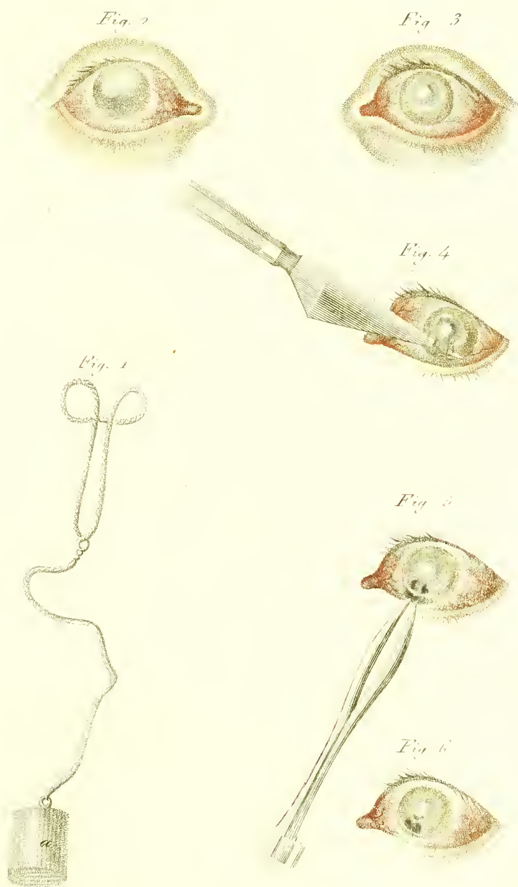



Fig. 8.

Quadri del. Lit. ... Catanzaro inc.


Fig. 4
Fig. 5
Fig. 1.
Fig 7

Storia IX. Ritratti presi da Lorenzo Vecchione Tav. I




Lib. II. Catar.

*Ritratti prisi da Domenico Branch.tti*

*Fig. 1.*

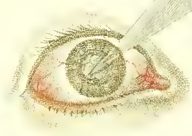


*Fig. 5.*



*Fig. 2.*

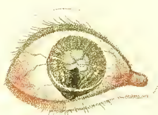


*Fig. 3.*

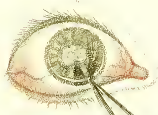


*Fig. 6.*

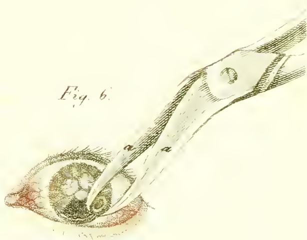
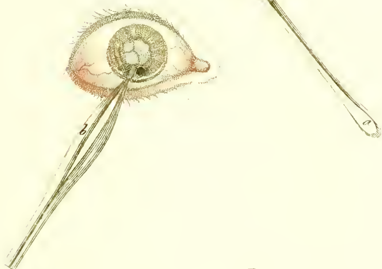


*Fig. 4.*



*Quadri dis.*  *Lib. II*  *Cataneo inc.*

Fig. 1.

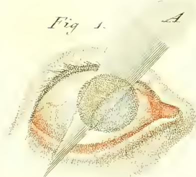



Fig. 5

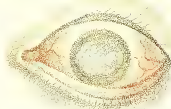
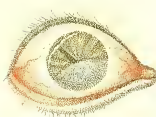


Fig. 2.



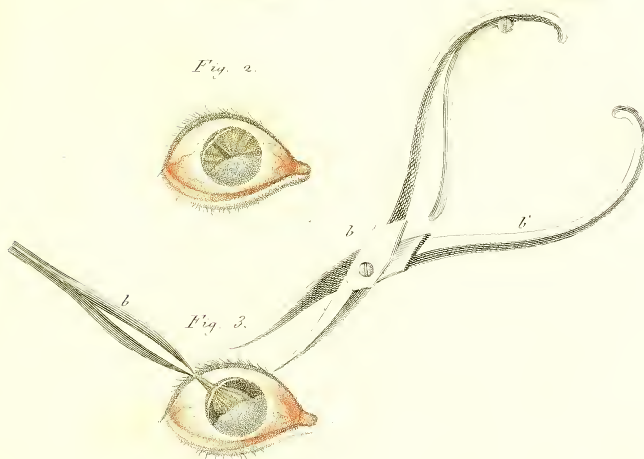



Fig. 3.

Fig. 4.

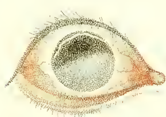
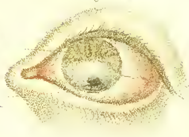


Fig 2



Fig 3



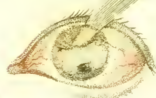



Fig. 1.

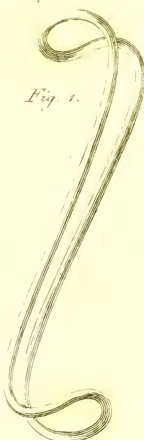


Fig. 5.

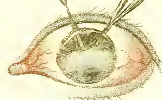



Fig 6

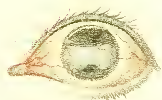


Fig. 1.

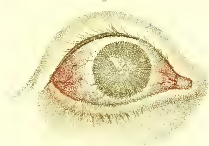


Fig. 3.

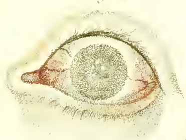





Fig. 4.

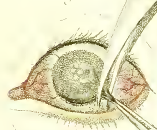


Fig. 2.

Fig. 5.




Fig. 6.



Quadri del. Lib. II Catanei in.

Fig. 1.



Fig. 2.

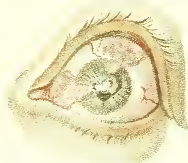


Fig. 3.

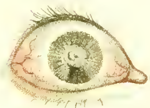


Fig. 4.

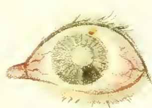


Fig. 5.




Quadri del. Lib. II Catan... inc.

Fig. 1

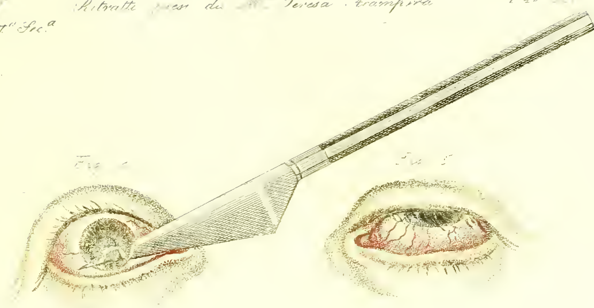


Fig. 2.



Fig. 3

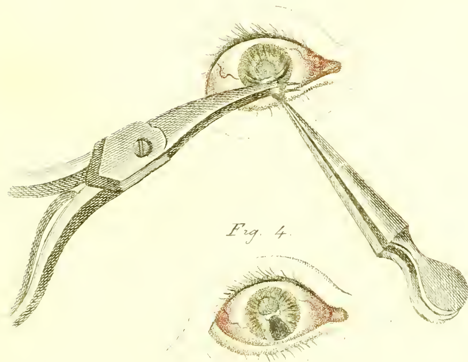


Fig. 4.



Fig. 1.

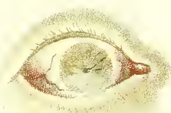


Fig. 4.

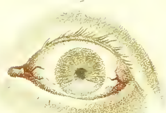


Fig. 2



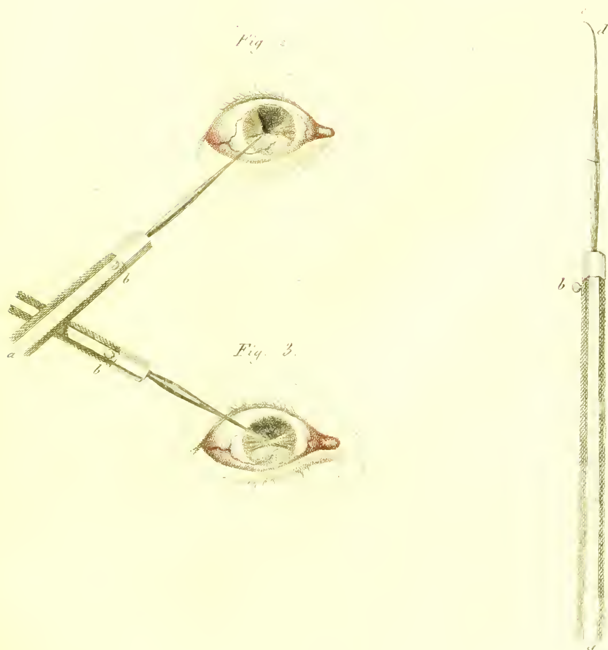



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 5.



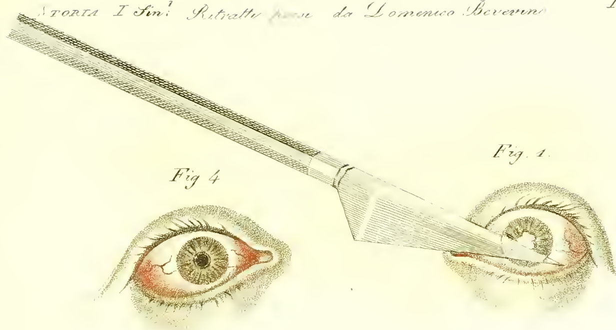


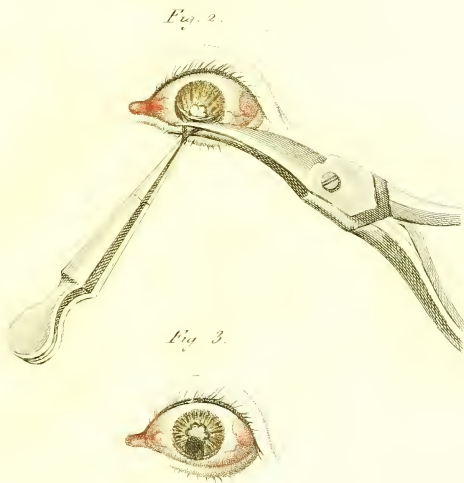
Fig. 7.



Fig. 6.

Quadri dis.    Lib. II.    Catanco inc.




Quadri dis.          Lib. II          Cataneo inc.

*Domenico Scafora Fig. 4.*




*Fig. 3.*

*Fig. 5.*




*Antonio Lazzaro Fig. 2.*



*Fig. 1.*



*Marcucci Fig. 6.*

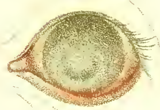


*Fig. 7.*



*Quadri dis.* — *Lib. II* — *Cataneo inc.*

